

## **TI\_GERICHTE 32.2015.30 vom 21. Januar 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-01-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.30](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.30)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.30 du 21 janvier 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.30 del 21 gennaio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.2. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC1992 pag. 180; ZAK

1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128).

L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che:

"()

Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)."

Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il 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 I 384/06 del 4 luglio 2007).

2.3. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti.

Il compito del medico consiste 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 (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; 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).

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 è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). Dall'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).

L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che «Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una convenzione» e al cpv. 2 che «i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio».

Per mettere in pratica quanto prescritto all'art. 72bis cpv.2 OAI l'UFAS ha allestito il sistema di attribuzione «Suisse MED@P» (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous? in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271).

In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.).

A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc).

La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.).

Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009, consid.3.3.1; D. Cattaneo, in «Les expertises en droit des assurances sociales», in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124).

Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008).

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).

2.4. Nella decisione del 21 gennaio 2015, l'amministrazione ha negato la richiesta di prestazioni dell'assicurata fondandosi, dal profilo medico, sulla perizia pluridisciplinare SAM del 24 ottobre 2014 (doc. AI 40-1).

In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr. \_\_\_\_\_), quella reumatologica (Dr. \_\_\_\_\_), quella neurologica (Dr. \_\_\_\_\_) e quella

cardiologica (Dr. \_\_\_\_\_).

Globalmente, nel rapporto peritale del 24 ottobre 2014, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro di accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

■()

■()

Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% sia nell'ultima attività di consulente immobiliare che in attività adeguate (doc. AI 40-20+21+22).

2.5.2. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale in data 7 ottobre 2014 non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, mentre senza influsso ha indicato una sindrome lombovertebrale cronica senza deficit neurologici associati (doc. AI 40-44).

Dal punto di vista neurologico, l'assicurata è ritenuta abile al lavoro al 100% in ogni attività (doc. AI 40-45).

Il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata.

2.5.4. Per quanto riguarda infine la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto dell'8 ottobre 2014 ha posto la diagnosi psichiatrica di Sindrome del disadattamento cronico sfociata in distimia (ICD10-34.1) e tendenza alla fobia sociale (ICD10-F40.1). Disturbo del comportamento alimentare (ICD10-F50.8) (doc. AI 40-33).

A mente del Dr. \_\_\_\_\_, i disturbi affettivi, fobici sociali e alimentari rientrano in una più globale problematica del disadattamento di tipo cronico che persiste da anni e comporta un'incapacità al lavoro del 30% in ogni attività.

Il perito ha sottolineato di non aver riscontrato i criteri costitutivi di una sindrome depressiva ricorrente nello stadio di sviluppo descritta dal medico curante, Dr. \_\_\_\_\_, in quanto in questo momento risulta solo parzialmente scemata (doc. AI 40-33+34+35).

Le limitazioni funzionali ■ sempre secondo il Dr. \_\_\_\_\_ ■ non toccano tanto le facoltà cognitive dell'assicurata ■ quanto piuttosto la capacità di investire le sue risorse nella realtà circostante a causa delle sue difficoltà ad entrare in relazione con gli altri e a dare coerenza e continuità all'attuazione dei suoi propositi (doc. AI 40-34).

La ricorrente, da parte sua, ha prodotto un primo rapporto del 13 gennaio 2015 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha preso posizione sul referto peritale del Dr. \_\_\_\_\_.

Dalla descrizione dei sintomi esposta dal perito, il medico curante ha dedotto quanto segue:

■()

2.5.5. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha ragioni per scostarsi dalle conclusioni del perito del SAM, per i motivi che seguono.

Ad esempio in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, il Tribunale federale ha sviluppato le seguenti considerazioni a proposito della distimia:

4.2 In questo contesto, il Tribunale cantonale ha giustamente esplicitato il concetto per cui un disturbo psichico non deve necessariamente provocare un'incapacità lavorativa invalidante. Ciò vale in particolare nel caso come quello di specie in cui la diagnosi pronunciata mette in evidenza un danno di lieve entità.

4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio a seconda delle circostanze effetti invalidanti (sentenze I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; I 834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; I 488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia unicamente una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008/IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06])."

Nella sentenza cantonale 32.2007.158 del 10 marzo 2008, il TCA aveva rammentato le caratteristiche della distimia, e meglio:

Si tratta di una depressione cronica del tono dell'umore, della durata di almeno alcuni anni, che non è sufficientemente grave, o nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (F33.-).

- Nevrosi depressiva
- Disturbo di personalità depressivo

Depressione nevrotica

Depressione ansiosa persistente

Esclude: depressione ansiosa (lieve o non persistente)

(F41.2)

Note diagnostiche

Sebbene gli attuali sintomi non giustifichino una diagnosi di sindrome depressiva, una diagnosi di distimia può essere ancora posta se ciò si è verificato in passato, particolarmente dall'esordio della malattia. Il bilancio tra le singole fasi di depressione lieve e i periodi intervallari di relativa normalità è molto variabile. La distimia ha molto in comune con i concetti di nevrosi depressiva e di depressione nevrotica.

## DCR-10

A. Vi deve essere un periodo di almeno due anni in umore depresso costante o costantemente ricorrente. I periodi intervallari di umore normale durano raramente più di qualche settimana e non vi sono episodi ipomaniacali.

B. Nessuno, o molto pochi, degli episodi depressivi, durante tale periodo di almeno due anni, sono di gravità o durata tale da soddisfare i criteri per la sindrome depressiva ricorrente lieve (F.33.0).

C. Durante almeno alcuni dei periodi depressivi, debbono essere presenti almeno tre degli aspetti seguenti:

- (1) energia o attività ridotta
- (2) insonnia
- (3) perdita di fiducia in se stesso o sentimenti di inadeguatezza
- (4) difficoltà di concentrazione
- (5) pianto frequente
- (6) perdita di interesse o di piacere nell'attività sessuale e in altre attività piacevoli
- (7) sentimenti di disperazione o di sconforto
- (8) vissuto di incapacità di far fronte alle ordinarie responsabilità della vita quotidiana
- (9) pessimismo circa il futuro o rimuginazioni sul passato
- (10) isolamento sociale
- (11) produzione verbale ridotta.

### Note diagnostiche

Se lo si considera, si può specificare se l'esordio è stato precoce (nella tarda adolescenza o nella terza decade di vita) o tardivo (abituamente tra i 30 o i 50 anni, dopo un episodio affettivo)."

(cfr. "ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali". Ed. Masson, Milano 2003, pag. 136-137).■

Il Tribunale federale ha confermato la propria giurisprudenza in una sentenza 9C\_922/2009 del 9 luglio 2010, nella quale ha approvato la decisione dell'Amministrazione, avallata dai primi giudici, di sopprimere, in sede di revisione, il diritto ad un quarto di rendita di invalidità del quale beneficiava un'assicurata.

In tale occasione, la nostra Massima Istanza ha ritenuto corretta la valutazione del SMR di considerare l'assicurata, affetta da distimia e da disturbo della personalità con tratti immaturi e dipendenti, pienamente abile al lavoro in attività adatte, distanziandosi in tal modo dalle risultanze della perizia psichiatrica, che concludeva per contro per un'incapacità lavorativa del 40%.

In concreto, il Dr. \_\_\_\_\_ ha pertinentemente e dettagliatamente indicato i motivi per cui diagnosticando una ■Sindrome del disadattamento cronico sfociata in distimia(ICD10-34.1) e tendenza alla fobia sociale (ICD10-F40.1). Disturbo del comportamento alimentare (ICD10-F50.8)■, si distanzia dalla valutazione del Dr.

\_\_\_\_\_, che invece ha diagnosticato uno stato di ansia sociale significativa, una sindrome depressiva di entità media ed un disturbo del comportamento alimentare, oltre che di un disturbo compulsivo (doc. AI 40-30, A2).

Entrambi gli specialisti concordano che l'assicurata aveva una condizione iniziale di disadattamento. Il Dr. \_\_\_\_\_ ritiene che essa è sfociata in una condizione clinica di tipo depressivo lieve e cronico (distimia), mentre secondo il medico curante la condizione di disadattamento si è evoluta in una sindrome depressiva ricorrente di entità media (doc. AI 40-30, A2, pag. 4).

A mente del Dr. \_\_\_\_\_, da un punto di vista oggettivo il lieve abbassamento del tono dell'umore di tipo cronico, la riduzione della capacità di trarre piacere dalla vita, la difficoltà a sostenere il proprio ruolo nei rapporti interpersonali come indice di bassa autostima, il disturbo del comportamento alimentare e l'occasionale assunzione di bevande alcoliche sono da ricondurre piuttosto ad una sindrome distimica e non a una sindrome depressiva ricorrente (doc. IV2).

Nel caso concreto, le consultazioni con il medico psichiatra Dr. \_\_\_\_\_ iniziate nel mese di luglio 2013 avvengono una sola volta la mese (cfr. perizia Dr. \_\_\_\_\_, doc. AI 40-31). Inoltre il perito, nella propria valutazione ha fatto riferimento alla terapia psicofarmacologica a base di fluoxetina (due capsule al mattino) e quetiapina (25 mg alla sera) (perizia Dr. \_\_\_\_\_, doc. AI 40-31).

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 médecins 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. (...)"

In conclusione, rispecchiando la perizia SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.3.), 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 è inabile al lavoro al 30% in qualsiasi attività, a partire dal mese di luglio 2013.

2.7. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile.

Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C\_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile.

Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui ■ in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione ■ la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a).

Questo dato deve essere aggiornato dal TCA al 2014.

Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2012 categoria 1, attività semplici di tipo fisico o manuale, si ottiene un importo mensile di fr. 4'112.-- che riportato su 41.7 ore corrisponde a fr. 4'286.76 al mese, pari a fr. 51'441.12 all'anno che aggiornati al 2014 sono fr. 52'215.60(+0,7% per il 2013, + 0,8% per il 2014).

Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali ("Nominallohnindex"- cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2014 (cfr. la stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali dell'Ufficio federale di statistica), un reddito mensile di fr. 4'351.30 oppure di fr. 52'215.60(+0,7% per il 2013, + 0,8% per il 2014).

essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando:

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