

## **TI\_GERICHTE 32.2015.6 vom 17. November 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-11-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.6)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.6 du 17 novembre 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.6 del 17 novembre 2014

### **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%.

2.7. 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).

Nel contesto della perizia SAM i medici hanno valutato la patologia psichiatrica, reumatologica e quella neurologica.

Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 17 marzo 2014 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa è stato invece indicato:

Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% sia nell'attività di ausiliaria di pulizie che in un'attività lavorativa leggera e adatta (doc. AI 38-41+42).

Se da una parte, infatti, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione della patologia psichiatrica e da quella neurologica approfonditamente vagliate dai medici del SAM (Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_), analogo discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di natura reumatologica dell'assicurata, che necessitano, per contro, di essere ulteriormente indagati.

Il TCA non ha ragioni per scostarsi neppure da questa valutazione.

2.9.3. Quanto all'aspetto reumatologico, per contro, il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti, prestare piena adesione alla valutazione peritale eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_, per le ragioni che seguono.

Nella perizia del 15 gennaio 2014 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di **sindrome dolorosa cronica generalizzata**, predominante alla spalla sinistra e atteggiamento di risparmio della spalla

sinistra nell'ambito di una sindrome dissociativa motoria (psicogena)/fibromialgia (doc. AI 38-58).

Secondo il perito, in considerazione della sindrome da dolore cronico generalizzata predominante alla spalla sinistra/ fibromialgia, l'assicurata è abile a tempo pieno come ausiliaria di pulizie con un rendimento ridotto del 5%. La riduzione della capacità lavorativa è presente dall'infortunio del 10 aprile 2012 (un mese al 100%, poi l'inabilità è del 5%). La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta ai dolori cronici generalizzati, alla stanchezza, ai disturbi del sonno e alla lieve atrofia muscolare al cinto scapolare di sinistra. Secondo il perito, questi problemi possono ridurre molto leggermente il rendimento in attività pesanti a mediamente pesanti e ripetitive con l'arto superiore sinistro in una paziente destrimane (doc. AI 38-58+59).

In un'attività leggera e adatta, che eviti movimenti eccessivamente ripetitivi attorno e sopra l'orizzontale, vi è piena capacità lavorativa (doc. AI 38-60).

Nella valutazione SAM del 17 marzo 2014, a pagina 42, i periti hanno poi fatto la seguente precisazione:

Con le osservazioni al progetto di decisione del 10 settembre 2014 (doc. AI 47-1) l'assicurata ha prodotto un certificato medico del 27 luglio 2014 e due scritti del 17 settembre 2014 e 2 ottobre 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 47-4, 46-1 e 49-1), i referti del 17 giugno 2014 e del 22 settembre 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (doc. AI 46-2, 49-2) e un certificato medico del 29 luglio 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 47-5).

Nello scritto del 17 settembre 2014 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, dopo aver contestato la decisione dell'amministrazione, ha diagnosticato un'ernia cervicale e Frozen Shoulder spalla sx (doc. AI 46-1) e indicato che con delle terapie particolari è stato ottenuto un minimo di mobilizzazione della spalla sx che è però ancora praticamente inutilizzabile per lavori proficui in quanto l'abduzione dell'arto superiore sinistro arriva a malapena e con grande sforzo alla linea orizzontale, in un quadro di importante astenia e dolore, a cui si associano anche i sintomi determinati dall'ernia discale cervicale e dalla sindrome miofasciale secondaria, derivata da una insufficiente terapia specifica iniziale per cui lo stato della paziente, oltre a peggiorare ha teso alla cronicizzazione del disturbo (doc. AI 46-1).

Il Dr. \_\_\_\_\_ ha anche fatto riferimento alle valutazioni del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in ortopedia e traumatologia, dell'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale sia nel referto del 21 gennaio 2014 che in data 17 giugno 2014 ha anch'egli diagnosticato una -Posttraumatische Frozen Schoulder links nach Schulterkontusion links vom April 2012 mit massiver Bewegungseinschränkung; - Reaktive Myogelosen periscapulär links mit ausgeprägtem, myofaszialem Syndrom linke obere Extremität (doc. AI 38-66 e 46-2). Il sanitario dell'\_\_\_\_\_ ha quindi indicato un'inabilità lavorativa completa fino alla fine di settembre (doc. AI 46-3).

Agli atti vi è quindi il certificato medico del 25 luglio 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ che attesta un'inabilità al lavoro completa (100%) sino a sblocco della situazione patologica che al momento è in condizione di stallo (doc. AI 47-4), oltre che del medico curante Dr. \_\_\_\_\_, il quale in data 29 luglio 2014 ha indicato un'inabilità al lavoro completa (doc. AI 47-5).

Nel successivo referto del 22 settembre 2014 il Dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di ■-St. n. intensiver Triggerpunktmassage und Blockade des N. Suprascapularis links bei: St. n. posttraumatischer Frozen Shoulder links nach Schulterkontusion links vom April 2012 mit massiver Bewegungseinschränkung; - Reaktive Myogelosen periscapulär links mit ausgeprägtem, myofaszialem Syndrom linke obere Extremität■e dopo aver constatato un chiaro miglioramento ha comunque prolungato l■inabilità lavorativa sino a fine ottobre (doc. AI 49-2+3).

Il miglioramento del quadro clinico è stato confermato anche dal Dr. \_\_\_\_\_ il 2 ottobre 2014, il quale ha comunque rilevato che ■la paziente è inabile ad ogni lavoro proficuo con prognosi ancora imprevedibile■ (doc. AI 49-1).

Questa documentazione è stata sottoposta dal Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale (SMR) al SAM ■per le osservazioni dei periti■ (cfr. annotazione del SMR del 14 ottobre 2014, doc. AI 51-1).

La Dr.ssa \_\_\_\_\_ del SAM, in data 21 ottobre 2014, ha rinunciato a prendere visione della nuova documentazione:

■Considerato l■imponente numero di nuovi atti medici, consigliamo l■esecuzione di una nuova perizia medica di decorso■ (doc. AI 53-1).

Nell■annotazione del 5 novembre 2014 il Dr. \_\_\_\_\_ ha censurato la risposta del SAM rilevando che ■per quanto riguarda ■l■imponente numero di nuovi atti medici■ faccio notare che si tratta di 2 rapporti per 3 pagine e 2 certificati di IL, quindi la motivazione non è data da questo punto di vista■ (doc. AI 54-1).

Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi preso posizione sulla documentazione medica rilevando che ■la spalla congela post traumatica■ non era stata evidenziata in sede peritale. Egli ha quindi confermato la precedente valutazione (doc. AI 54-1).

Il TCA non può confermare questo modo di procedere, anche in considerazione del successivo scritto del Dr. \_\_\_\_\_ che in data 27 febbraio 2015, rispondendo al rappresentante dell■assicurata, forniva una sua spiegazione sulla divergenza di diagnosi riguardo la spalla sinistra.

A suo dire, dopo i primi accertamenti che refertano un quadro normale ■in data 2.10.2013, in assenza di ulteriori traumi e con sintomatologia sempre presente e perdurante, risulta da altre immagini eseguite all■ars medica distacco parziale del labbro glenoideo e una lesione capsulare sul versante anteriore della spalla sinistra■ (doc. 13). Il Dr. \_\_\_\_\_ si riferisce alla Arto-MRI alla spalla sinistra svolta il 1° ottobre 2012 alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 39-99).

Secondo il Dr. \_\_\_\_\_ questa valutazione contrasta con gli esami precedenti, ma non con l■esame clinico ■per cui probabilmente è più logico pensare che la valutazione radiologica corretta sia questa e non la precedente■ (doc. 13).

In subordine, il medico curante ha ipotizzato che la perdurante infiammazione abbia generato la lesione in maniera progressiva ed inizialmente non visibile (doc. 13).

Va poi aggiunto che il Dr. \_\_\_\_\_ ha preso posizione sulla questione della ■Frozen Shoulder■, unicamente in sede di teleconferenza il 14 marzo 2014 e non dopo aver nuovamente visionato gli atti e visitato l■assicurata.

Non è infatti possibile, senza prima procedere ad un complemento peritale da parte di uno specialista in reumatologia concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal profilo strettamente reumatologico, con particolare riferimento alla Frozen Shoulder, giustifichi un'abilità a tempo pieno come ausiliaria di pulizie con un rendimento ridotto del 5% e una piena abilità in attività adeguate un mese dopo l'infortunio del 10 aprile 2012.

Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata.

2.11. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa).

2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). Nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se l'amministrazione era legittimata a negare all'assicurata il diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità oppure no. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI, 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). 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). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, 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 (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGa (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136; Valterio, op. cit., pag. 199). A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " 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. 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; J. L. Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, pag. 458; A. Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte, 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; Valterio, op. cit. pag. 211). 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.

2.4. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna 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 LPG. 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 *plaidoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF\_9C 15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. 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. L'Alta Corte in una sentenza dell'8 luglio 2011, pubblicata in DTF 137 V 334, ha riconfermato la sua giurisprudenza relativa al metodo misto.

2.5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità (cfr. consid. 2.2. - 2.4), si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sull'insieme delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, BG über die IV, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, *La procédure administrative en*

assurance-invalidité, Fribourg 1999, pagg. 190s). Nel caso concreto l'Ufficio AI ha in un primo momento considerato RI 1 salariata al 70% e casalinga al 30% (cfr. decisione impugnata, doc. 60-1). In sede di ricorso l'insorgente ha contestato tale ripartizione sostenendo che la riduzione della percentuale d'impiego al 70% era stata decisa dal datore di lavoro per motivi organizzativi (cfr. doc. I). Con la risposta l'Ufficio AI, in considerazione della documentazione prodotta in sede di ricorso e la situazione dell'assicurata prima del danno alla salute, ha corretto la propria precedente valutazione ritenendo che RI 1, se non fosse insorto il danno alla salute, sarebbe stata salariata a tempo pieno (doc. IV). Visto che le parti concordano su questo punto (cfr. scritto 2 febbraio 2015, doc. VI), la questione è da ritenere risolta.

2.6. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Tali criteri sono stati così riassunti in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; 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., in particolare pag. 81 seg.).

Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 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). In una sentenza 9C\_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, 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). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale 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 Neurassthenie (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 unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" ) In una sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi dolorosi persistenti. L'Alta Corte ha abbandonato la presunzione secondo cui i disturbi derivanti da sindrome somatoforme dolorosa o i loro effetti possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cambiamento della giurisprudenza; consid. 3.4 e 3.5). La prassi fondata sul modello regola/eccezione è sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato, sulla base di un catalogo di indicatori. A finché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (*Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: *SZS* 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. 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). 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). 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). 2.8. Nella decisione del 17 novembre 2014, l'amministrazione ha negato la richiesta di prestazioni dell'assicurata fondandosi, dal profilo medico, sulla perizia pluridisciplinare SAM del 17 marzo 2014 (doc. AI 38-1). Nel contesto della perizia SAM i medici hanno valutato la

patologia psichiatrica, reumatologica e quella neurologica. Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 17 marzo 2014 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: " Diagnosi psichiatriche Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD-10 F-33.0). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Diagnosi reumatologica Sindrome dolorosa cronica generalizzata, predominante alla spalla sin. e atteggiamento di risparmio della spalla sin. nell'ambito di un processo psicogeno/fibromialgico" (doc. AI 38-39). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stato invece indicato: " Diagnosi neurologica Contrattura dolorosa della spalla sin., senza evidenti amiotrofie, né segni radicolari o troncolari oggettivabili, dopo un trauma banale della spalla (aprile 2012) e sviluppo secondario di dolori diffusi" (doc. AI 38-39). Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% sia nell'attività di ausiliaria di pulizie che in un'attività lavorativa leggera e adatta (doc. AI 38-41+42).

2.9. 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, non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto i disturbi di natura reumatologica dell'assicurata non sono stati chiariti in modo soddisfacente. Se da una parte, infatti, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione della patologia psichiatrica e da quella neurologica approfonditamente vagliate dai medici del SAM (Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_), analogo discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di natura reumatologica dell'assicurata, che necessitano, per contro, di essere ulteriormente indagati.

2.9.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria, il quale nel rapporto del 13 dicembre 2013 ha posto la diagnosi di " sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD-10 F-33.0). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4) " e indicato un'inabilità al lavoro del 30% (doc. AI 38-50+51+52). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale 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.

2.9.2. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta ad una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale nella perizia dell'11 dicembre 2013 ha diagnosticato una "contrattura dolorosa della spalla sinistra, senza evidenti amiotrofie né segni radicolari o trombolari oggettivabili, dopo un trauma banale della spalla (aprile 2012) e sviluppo secondario di dolori diffusi " (doc. AI 38-62). Il perito, dal punto di vista strettamente neurologico, non ha riscontrato gli estremi per un grado d'incapacità lavorativa (doc. AI 38-65). Il TCA non ha ragioni per scostarsi neppure da questa valutazione.

2.9.3. Quanto all'aspetto reumatologico, per contro, il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti, prestare piena adesione alla valutazione peritale eseguita dal Dr. \_\_\_\_\_, per le ragioni che seguono. Nella perizia del 15 gennaio 2014 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " sindrome dolorosa cronica generalizzata, predominante alla spalla sinistra e atteggiamento di risparmio della spalla sinistra nell'ambito di una sindrome dissociativa motoria (psicogena)/fibromialgia" (doc. AI 38-58). Secondo il perito, in considerazione della sindrome da dolore cronico generalizzata predominante alla spalla sinistra/

fibromialgia, l'assicurata è abile a tempo pieno come ausiliaria di pulizie con un rendimento ridotto del 5%. La riduzione della capacità lavorativa è presente dall'infortunio del 10 aprile 2012 (un mese al 100%, poi l'inabilità è del 5%). " La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta ai dolori cronici generalizzati, alla stanchezza, ai disturbi del sonno e alla lieve atrofia muscolare al cinto scapolare di sinistra ". Secondo il perito, questi problemi possono ridurre molto leggermente il rendimento in attività pesanti a mediamente pesanti e ripetitive con l'arto superiore sinistro in una paziente destrimane (doc. AI 38-58+59). In un'attività leggera e adatta, che eviti movimenti eccessivamente ripetitivi attorno e sopra l'orizzontale, vi è piena capacità lavorativa (doc. AI 38-60). Nella valutazione SAM del 17 marzo 2014, a pagina 42, i periti hanno poi fatto la seguente precisazione: " Facciamo notare che durante la teleconferenza del 14.3.2014 il Dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato come il rapporto del 21.1.2014 dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non modifichi la sua valutazione specialistica. Egli ritiene che al momento della sua valutazione non vi era un Frozen Shoulder, in quanto tale diagnosi comporta una diminuzione della motilità alla rotazione passiva esterna, ciò che non mostrava l'A. Vi era una diminuzione della motilità, non in relazione ad una problematica dell'apparato locomotorio." (doc. AI 38-42) Con le osservazioni al progetto di decisione del 10 settembre 2014 (doc. AI 47-1) l'assicurata ha prodotto un certificato medico del 27 luglio 2014 e due scritti del 17 settembre 2014 e 2 ottobre 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 47-4, 46-1 e 49-1), i referti del 17 giugno 2014 e del 22 settembre 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (doc. AI 46-2, 49-2) e un certificato medico del 29 luglio 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 47-5). Nello scritto del 17 settembre 2014 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, dopo aver contestato la decisione dell'amministrazione, ha diagnosticato un'" ernia cervicale e Frozen Shoulder spalla sx " (doc. AI 46-1) e indicato che con delle terapie particolari è stato ottenuto " un minimo di mobilitazione della spalla sx che è però ancora praticamente inutilizzabile per lavori proficui in quanto l'abduzione dell'arto superiore sinistro arriva a malapena e con grande sforzo alla linea orizzontale, in un quadro di importante astenia e dolore, a cui si associano anche i sintomi determinati dall'ernia discale cervicale e dalla sindrome miofasciale secondaria, derivata da una insufficiente terapia specifica iniziale per cui lo stato della paziente, oltre a peggiorare ha teso alla cronicizzazione del disturbo " (doc. AI 46-1). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha anche fatto riferimento alle valutazioni del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in ortopedia e traumatologia, dell' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale sia nel referto del 21 gennaio 2014 che in data 17 giugno 2014 ha anch'egli diagnosticato una " - Posttraumatische Frozen Shoulder links nach Schulterkontusion links vom April 2012 mit massiver Bewegungseinschränkung; - Reaktive Myogelosen periscapulär links mit ausgeprägtem, myofaszialem Syndrom linke obere Extremität " (doc. AI 38-66 e 46-2). Il sanitario dell' \_\_\_\_\_ ha quindi indicato un'inabilità lavorativa completa fino alla fine di settembre (doc. AI 46-3). Agli atti vi è quindi il certificato medico del 25 luglio 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ che attesta un'inabilità al lavoro completa (100%) " sino a sblocco della situazione patologica che al momento è in condizione di stallo " (doc. AI 47-4), oltre che del medico curante Dr. \_\_\_\_\_, il quale in data 29 luglio 2014 ha indicato un'inabilità al lavoro completa (doc. AI 47-5). Nel successivo referto del 22 settembre 2014 il Dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di " - St. n. intensiver Triggerpunktmassage und Blockade des N. Suprascapularis links bei: St. n. posttraumatischer Frozen Shoulder links nach Schulterkontusion links vom April 2012 mit massiver Bewegungseinschränkung; - Reaktive Myogelosen periscapulär links mit ausgeprägtem, myofaszialem Syndrom linke obere Extremität" e dopo aver constatato un chiaro miglioramento ha comunque prolungato

l'inabilità lavorativa sino a fine ottobre (doc. AI 49-2+3). Il miglioramento del quadro clinico è stato confermato anche dal Dr. \_\_\_\_\_ il 2 ottobre 2014, il quale ha comunque rilevato che " la paziente è inabile ad ogni lavoro proficuo con prognosi ancora imprevedibile " (doc. AI 49-1). Questa documentazione è stata sottoposta dal Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale (SMR) al SAM " per le osservazioni dei periti " (cfr. annotazione del SMR del 14 ottobre 2014, doc. AI 51-1). La Dr.ssa \_\_\_\_\_ del SAM, in data 21 ottobre 2014, ha rinunciato a prendere visione della nuova documentazione: " Considerato l'imponente numero di nuovi atti medici, consigliamo l'esecuzione di una nuova perizia medica di decorso " (doc. AI 53-1). Nell'annotazione del 5 novembre 2014 il Dr. \_\_\_\_\_ ha censurato la risposta del SAM rilevando che " per quanto riguarda 'l'imponente numero di nuovi atti medici' faccio notare che si tratta di 2 rapporti per 3 pagine e 2 certificati di IL, quindi la motivazione non è data da questo punto di vista " (doc. AI 54-1). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi preso posizione sulla documentazione medica rilevando che " la spalla congela post traumatica " non era stata evidenziata in sede peritale. Egli ha quindi confermato la precedente valutazione (doc. AI 54-1). Il TCA non può confermare questo modo di procedere, anche in considerazione del successivo scritto del Dr. \_\_\_\_\_ che in data 27 febbraio 2015, rispondendo al rappresentante dell'assicurata, forniva una sua spiegazione sulla divergenza di diagnosi riguardo la spalla sinistra. A suo dire, dopo i primi accertamenti che refertano un quadro normale " in data 2.10.2013, in assenza di ulteriori traumi e con sintomatologia sempre presente e perdurante, risulta da altre immagini eseguite all'ars medica distacco parziale del labbro glenoideo e una lesione capsulare sul versante anteriore della spalla sinistra " (doc. 13). Il Dr. \_\_\_\_\_ si riferisce alla Arto-MRI alla spalla sinistra svolta il 1° ottobre 2012 alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 39-99). Secondo il Dr. \_\_\_\_\_ questa valutazione contrasta con gli esami precedenti, ma non con l'esame clinico " per cui probabilmente è più logico pensare che la valutazione radiologica corretta sia questa e non la precedente " (doc. 13). In subordine, il medico curante ha ipotizzato che la perdurante infiammazione abbia generato la lesione in maniera progressiva ed inizialmente non visibile (doc. 13). Va poi aggiunto che il Dr. \_\_\_\_\_ ha preso posizione sulla questione della " Frozen Shoulder ", unicamente in sede di teleconferenza il 14 marzo 2014 e non dopo aver nuovamente visionato gli atti e visitato l'assicurata. Alla luce di tutta la documentazione medico specialistica agli atti, in particolare i referti del Dr. \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_ che hanno diagnosticato una " Frozen Shoulder " post traumatica (spalla congelata o capsulite adesiva, vedi su questo tema: <http://informa.fisiomedica.org/anatomia/articolo/spalla/20/spalla-bloccata-frozen-shoulder.htm> ), secondo questa Corte la patologia alla spalla sinistra va ulteriormente indagata. Non è infatti possibile, senza prima procedere ad un complemento peritale da parte di uno specialista in reumatologia concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal profilo strettamente reumatologico, con particolare riferimento alla " Frozen Shoulder ", giustifichi un'abilità a tempo pieno come ausiliaria di pulizie con un rendimento ridotto del 5% e una piena abilità in attività adeguate un mese dopo l'infortunio del 10 aprile 2012. Non può, per contro, essere seguito l'insorgente quando chiede il rinvio anche per le patologie a livello cervicale, per le allergie e la gastroduodenite. L'assicurata ha prodotto una RM cervicale, eseguita il 30 giugno 2014, che ha messo in evidenza una piccola protrusione discale C6-C7 senza conflitti radicolari (cfr. doc. I +6) che, secondo il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, si tratta di alterazioni di tipo degenerativo compatibili con l'età dell'assicurata (doc. IV) Per quanto riguarda infine la questione delle allergie (referto Dr.ssa \_\_\_\_\_) e della

gastroduodenite (referto Dr. \_\_\_\_\_) (cfr. doc. I, pag. 5 e 6) non vi sono ragioni per discostarsi dalla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale (SMR) che ritiene le problematiche prive di influsso sulla capacità lavorativa (doc. IV). 2.10. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.7.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento a livello reumatologico con il perito del SAM inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico (presenza o meno di una "Frozen Shoulder"), sia le eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurata. I periti del SAM dovranno poi determinarsi sul grado complessivo di incapacità lavorativa. A proposito della valutazione globale delle patologie (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15, STCA 32.2011.236 del 17 giugno 2013 e 32.2012.187). Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.11. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPG). La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C\_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3). 2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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