

## **TI\_GERICHTE 32.2017.147 vom 19. Juli 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-07-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.147)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.147 du 19 juillet 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.147 del 19 luglio 2017

### **Regeste**

Corretta decisione con la quale UAI ha rifiutato all'assicurata, in applicazione del metodo misto, il diritto ad una rendita, in difetto di un grado AI pensionabile. Per la parte salariata, CL 100% in attività adatte come valutato con perizie psichiatrica e reumatologica

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Vom 12.03.2001 bis 30.06.2001 hat Frau RI 1 im Studentenlohn gearbeitet. Das durchschnittlichen Arbeitspensum in dieser Zeit betrug 58%. Ab 1.07.2001 bis 31.05.2014 hat sie immer in einem Pensum von 80% gearbeitet.

#### **E. 2**

Die Reduktion auf 60% war nicht temporär. Frau RI 1 hatte ab 01.06.2014 einen unbefristeten Arbeitsvertrag mit einem Pensum vom 60%. Eine Erhöhung auf 80% war keine Option." (Pag. 295 incarto AI, sottolineature della redattrice) Chiamato ora a pronunciarsi il TCA, viste le chiare indicazioni, appena riportate per esteso, fornite dal precedente datore di lavoro dell'assicurata, non può ritenere che il grado occupazionale del 60% ricoperto dall'assicurata al momento dell'insorgenza del danno alla salute fosse solo transitorio, come preteso in sede ricorsuale. Alla luce di quanto appena esposto, la suddivisione operata dall'UAI (salariata al 60% e casalinga al 40%) deve quindi essere confermata dal TCA. In ogni caso, come vedremo in seguito (cfr. consid. 2.12.), anche volendo per pura ipotesi, seguire la tesi della patrocinatrice della ricorrente e considerare l'assicurata salariata nella misura dell'80%, l'esito non potrebbe comunque essere quello auspicato con il ricorso. 2.6. In concreto, per quanto riguarda la valutazione degli aspetti medici, l'Ufficio AI si è fondato sulle risultanze della perizia reumatologica del dr. \_\_\_\_\_ e su quelle della perizia psichiatrica affidata al Centro \_\_\_\_\_ (pag. 270-334 incarto AI). Dal profilo reumatologico, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, nel referto del 30 novembre 2016, poste le diagnosi di "sindrome panvertebrale cronica con componente spondilogeno bilaterale, in nota discopatia C5/C6 con protrusione discale mediana, nota ernia discale L4/L5 mediana, paramediana a sinistra, protrusione discale L5/S1 mediana, disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale con scoliosi sinistroconvessa, iperlordosi lombare), tendenza fibromialgica (5 su 18 punti fibromialgici positivi), decondizionamento e sbilancio muscolare, sovrappeso corporeo (peso: 70.4 kg/statura: 163 cm), periartropatia omeroscapolare a sinistra, poliartrosi delle dita (diagnosi clinica), genua valga, piedi piatti bilaterali con retropiedi lievemente valghi, incipienti alluci valghi, con probabile artrosi dell'articolazione metatarsofalangeale I dalle due parti", ha considerato l'assicurata nella sua abituale attività di venditrice abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore previste dal contratto di lavoro, ma con una diminuzione

del rendimento del 10%, a partire dal momento del licenziamento ossia dal 30 giugno 2015. In attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, il dr. \_\_\_\_\_ ha giudicato l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100%, sempre dal 30 giugno 2015. Infine, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che come casalinga l'assicurata sia abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, con rendimento massimo del 100%, da sempre (pag. 224 incarto AI). Dal profilo psichiatrico, la dr.ssa. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia e Capo clinica del \_\_\_\_\_, nel referto peritale del 15 dicembre 2016, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "sindrome da disadattamento con disturbo prevalentemente di altri aspetti emozionali (ICD10-F43.23)". Passando poi alla valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha concluso che "viste le limitazioni descritte secondo i criteri del mini ICF, si concorda che come venditrice in luoghi di lavoro che non siano la Globus, ultimo datore di lavoro, vi è una capacità lavorativa del 50% intesa come orario ridotto a partire dal 1° gennaio 2016 come già attestato dalla curante, e in precedenza si confermano le incapacità lavorative poste dalla curante ossia 100%; visti i limiti di caricabilità nelle dimensioni riguardanti il contatto interpersonale che comunque non appaiono severe, sono indicati lavori come venditrice in piccoli ambienti di lavoro dove non sia necessario lavorare in team a causa della sua difficoltà di socializzazione". Quanto, invece, alla possibilità di svolgere altre attività lavorative, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha considerato che "per un'attività lavorativa che possa essere svolta da sola e in maniera autonoma, varia, ad esempio di tipo manuale, che le permetta di organizzare il proprio tempo di lavoro" l'assicurata presenta una capacità lavorativa del 100% sempre a partire dal 1° gennaio 2016. Infine, come casalinga, la dr.ssa Uslenghi ha rilevato che "non si ravvedono limitazioni psichiche tali da comprometterne la capacità lavorativa" (pag. 239 incarto AI). Globalmente, nel rapporto finale SMR del 15 febbraio 2017, il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere confermato i contenuti delle perizie svolte dal dr. \_\_\_\_\_ e dal \_\_\_\_\_, ha ritenuto l'assicurata inabile al 55% complessivamente (mezza giornata con rendimento ridotto del 10%) a partire dal 1° gennaio 2016 nella sua attività lavorativa, ma pienamente abile al lavoro nello svolgimento di attività adatte, sempre a partire dal 1° gennaio 2016 (pag. 146 incarto AI). 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.

### **E. 2.10**

In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, richiamato inoltre 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 (DTF 138 V

218 consid. 6 con riferimenti) , che RI 1 è inabile al lavoro al 55% (inteso come mezza giornata lavorativa con una diminuzione del rendimento del 10%) nella sua precedente attività (in posti di lavoro diversi dal precedente), ma pienamente abile al lavoro nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, così come casalinga, in modo continuativo dal 1° gennaio 2016. 2.11. Per quanto concerne l'aspetto economico, non contestato in sede ricorsuale, questo Tribunale rileva quanto segue.

2.11.1. Grado d'invalidità per la parte salariata. L'insorgente non ha contestato gli importi ritenuti dall'UAI di fr. 33'410.- quale reddito da valida (come da indicazioni della Globus SA) e, tenendo conto di una deduzione sociale del 20% per attività leggere ed altri fattori di riduzione, di fr. 26'012.- quale reddito ipotetico da invalida (cfr. pag. 2 della decisione avversata). Ritenuto quindi che l'aspetto economico non è stato contestato dall'insorgente, questo Tribunale non ha motivo di verificare oltre il calcolo effettuato dall'amministrazione (in questo senso cfr. le STCA 32.2017.47 del 19 febbraio 2018 consid. 2.8.; 32.2017.80 del 22 gennaio 2018 consid. 2.12.; 32.2017.40 del 20 settembre 2017 consid. 2.6; 32.2016.137 del 23 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.122 del 10 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.109 dell'8 maggio 2017 consid. 2.10; 32.2016.108 del 2 maggio 2017 consid. 2.9 e 32.2016.107 del 10 aprile 2017 consid. 2.6; STCA 32.2017.81 del 18 dicembre 2017, consid. 2.11.1). Di conseguenza, l'invalidità per la parte salariata è del 22% ( $[33'410 - 26'012] : 33'410 \times 100 = 22.14\%$ ). 2.11.2. Grado d'invalidità per la parte casalinga. Nel caso di specie, dalle perizie mediche del dr. \_\_\_\_\_ e del \_\_\_\_\_ è emersa l'assenza di limitazioni di carattere medico per quanto concerne l'esecuzione delle mansioni casalinghe (cfr. consid. 2.9.1 e 2.9.2.). Il TCA non ha motivo per mettere in dubbio queste conclusioni peritali che, del resto, sono rimaste incontestate in sede ricorsuale. Alla luce dell'assenza di limitazioni in ambito casalingo, l'amministrazione non era quindi tenuta ad effettuare un accertamento sul posto (cfr. cifra marginale 3096.1 della circolare sull'invalidità e la grande invalidità, la quale prevede che: "in deroga al N. 3083 si può rinunciare ad un accertamento sul posto per l'attività svolta nell'economia domestica se, stando ai rapporti medici, non vi è alcuna limitazione in questo campo di attività (9C\_103/2010)")). 2.12. Visti i gradi d'invalidità, per la parte salariata del 22.14% (cfr. consid. 2.11.1) e per quella casalinga dello 0% (cfr. consid. 2.11.2), rispettando la suddivisione dei campi d'attività (60% salariata e 40% casalinga; cfr. consid. 2.5) e in applicazione del metodo misto (cfr. consid. 2.3.), il grado di invalidità globale si attesta al 13% ( $60 [parte salariata] \times 22.14\% [impedimento parte lucrativa] + 40 [parte casalinga] \times 0\% [tasso di impedimento nelle mansioni consuete] = 13.28\% + 0\% = 13,28\%$ , arrotondato al 13% secondo la DTF 130 V 121 consid. 3.2). Questo grado d'invalidità non conferisce il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.1). Tale risultato non cambierebbe neppure volendo, per mera ipotesi di lavoro, procedere al calcolo del grado di invalidità facendo capo alla suddivisione dei campi di attività (più precisamente, 80% salariata e 20% casalinga) richiesta dalla patrocinatrice della ricorrente in sede ricorsuale (cfr. doc. I e consid. 2.5.). In una tale evenienza, meno favorevole all'assicurata, l'amministrazione ha infatti osservato che il grado di invalidità sarebbe nullo. La decisione avversata, mediante la quale l'amministrazione ha negato il riconoscimento di una rendita d'invalidità all'assicurata, è corretta e merita quindi di essere tutelata. 2.13. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.- e fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico dell'assicurata.

#### **E. 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). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (*Pratique VSI 2001* pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 il principio giusta il quale, 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), precisando nel contempo che 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). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, 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). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). Va poi evidenziato 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 (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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). Infine va ricordato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (cfr. in questo senso anche la STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se 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)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) )" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). 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). 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: " (...)

#### **E. 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 und 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 alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). La capacità di lavoro deve essere valutata nell’ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In altre due sentenze 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, destinate alla pubblicazione, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all’esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell’eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, ivi comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del Tribunale federale secondo cui le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una “resistenza alle terapie”, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un’incapacità lavorativa e al guadagno invalidante.

2.9. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal dr. \_\_\_\_\_ con riferimento agli aspetti reumatologici (segnatamente il referto peritale del 30 novembre 2016 e il relativo complemento del 12 giugno 2017) e dal \_\_\_\_\_ per quanto concerne il profilo psichiatrico (ossia il referto peritale del 15 dicembre 2016), da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatte proprie dall’UAI.

2.9.1. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, il TCA non ha ragioni per scostarsi dalla valutazione peritale del 30 novembre 2016 con la quale il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l’assicurata abile al lavoro a tempo pieno, ma con una riduzione del rendimento del 10%, nella sua professione e pienamente abile al lavoro, senza riduzione del rendimento, in altre attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali. Questa motivata valutazione del dr. \_\_\_\_\_ non può, come peraltro indicato nel complemento peritale del 12 giugno 2017 dallo stesso perito reumatologo (cfr. pagg. 291-292 incarto AI), essere rimessa in discussione dal referto del dr. \_\_\_\_\_ del 17 maggio 2017 prodotto in sede ricorsuale (cfr. doc. A3). Al riguardo, il TCA rileva che il referto in questione era già stato trasmesso dalla rappresentante dell’assicurata all’amministrazione (cfr. pag. 280 incarto AI) nell’ambito delle osservazioni contro il progetto di decisione del 2 maggio 2017. Lo stesso era quindi stato sottoposto al vaglio del dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel complemento peritale del 12 giugno 2017, dopo avere illustrato quanto descritto dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 17 maggio 2017, aveva concluso che: " (...) Di conseguenza la documentazione ortopedica specialistica fornitami ora in allegato al suo scritto del 7 giugno 2017 non modifica le mie considerazioni a riguardo della capacità funzionale e di carico

residua e quindi della capacità lavorativa in attività solita, nell'attività di casalinga e per un lavoro adatto allo stato di salute.” (Pag. 292 incarto AI, sottolineatura della redattrice) Il TCA non ha motivo per scostarsi da queste considerazioni dello specialista in reumatologia. Neppure possono influire sulla valutazione della capacità lavorativa residua dell'assicurata le altre due brevi certificazioni del dr. \_\_\_\_\_ del 1° giugno 2017 e del 21 giugno 2017 prodotte in sede ricorsuale (cfr. doc. A6). In tali referti, infatti, il dr. \_\_\_\_\_ si limita a comunicare al medico curante dell'assicurata, dr. \_\_\_\_\_, l'esito positivo delle infiltrazioni di Lidocaina e corticosteroidi effettuate in sede sottoacromiale a sinistra, con diminuzione dei dolori.

2.9.2. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, nel referto peritale del 15 dicembre 2016, posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “sindrome da disadattamento con disturbo prevalentemente di altri aspetti emozionali (ICD10-F43.23)”, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha considerato l'esistenza di una incapacità lavorativa per motivi psichiatrici del 50% nell'attività di venditrice in luoghi di lavoro diversi dal precedente datore di lavoro dell'assicurata e una piena capacità lavorativa in attività adatte (pag. 239 incarto AI). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle convincenti e ben motivate considerazioni espresse dall'esperta del \_\_\_\_\_ incaricata di valutare l'assicurata, le quali, contrariamente a quanto preteso dalla patrocinatrice della ricorrente, non possono essere rimesse in discussione dal referto peritale del 7 febbraio 2017 redatto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ su incarico dell'URC (cfr. doc. A4). Ora, al riguardo, nelle annotazioni del 4 ottobre 2017, il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR, ha rilevato che: “Ho preso attenta visione dell'incarto e molto approfonditamente della perizia allestita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ per l'URC. Noto che la dr.ssa \_\_\_\_\_ nella perizia \_\_\_\_\_ pervenuta in dicembre 2016 riconosceva una IL 50% nell'attività abituale di venditrice. Ora, il 7 febbraio 2017, la dr.ssa \_\_\_\_\_ non certifica alcuna diagnosi psichiatrica né limitazioni di interesse psichiatrico. La non collocabilità dell'assicurata non è giustificata da motivi medici, bensì socio-economici “almeno fin quando la pratica dell'assicurazione invalidità non sarà conclusa”. Si può concludere che dal 7 febbraio scorso non sussiste alcuna inabilità lavorativa sia in attività abituale, sia adeguata, per motivi psichiatrici. In base a queste considerazioni, confermo integralmente il contenuto del rapporto finale SMR del 15.02.2017 e successive annotazioni del 03.07.2017. Se dovessi invece ipoteticamente esprimermi sul decorso successivo, rimarrebbe attualmente valevole solo la riduzione di rendimento del 10% valutata dal perito reumatologo dr. \_\_\_\_\_ dal 30.06.2015 in attività abituale, nessuna inabilità lavorativa reumatologica in attività adatta dalla stessa data e nessuna inabilità lavorativa psichica in qualsiasi attività dal 07.02.2017.” (Doc. IV/1) Questo Tribunale condivide le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ riguardo all'assenza di motivazioni di carattere medico-psichiatrico per giustificare la non collocabilità dell'assicurata valutata dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. In effetti, nel referto peritale del 7 febbraio 2017, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha evidenziato che “considerato lo stato psichico senza una sintomatologia depressiva importante (non sussistono disturbi cognitivi, non c'è un'apatia, non sensi di colpa, psicomotricità nella norma, umore leggermente deflesso) si può valutare che la capacità lavorativa dal punto di vista strettamente psichiatrico non è seriamente compromessa” (cfr. pag. 256 incarto AI, sottolineature della redattrice). Ancora in maniera più chiara, rispondendo al quesito numero 6, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha espressamente indicato che “dal lato psichiatrico non sussiste attualmente incapacità lavorativa” (cfr. pag. 257 incarto AI, sottolineature della redattrice). Il TCA non ignora che la stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ abbia poi anche affermato che “l'assicurata attualmente non è collocabile in alcun posto di lavoro” (cfr. pag. 257 incarto AI). Tale valutazione della dr.ssa

\_\_\_\_\_ , tuttavia, contrariamente a quanto preteso dalla patrocinatrice della ricorrente, non può essere interpretata nel senso di considerare l'assicurata totalmente inabile al lavoro per ragioni psichiatriche – circostanza peraltro esclusa dalla stessa specialista in psichiatria rispondendo alla domanda precedente, laddove ha in maniera inequivocabile indicato che non sussiste attualmente incapacità lavorativa. Il TCA concorda, invece, con l'interpretazione fornita nella propria presa di posizione dal dr. \_\_\_\_\_ , il quale ha osservato che la non collocabilità dell'assicurata non è giustificata da motivi medici, bensì socio-economici (cfr. doc. IV/1, sottolineatura della redattrice). Tale soluzione, del resto, appare tanto più giustificata alla luce di quanto già illustrato da questo Tribunale nella sentenza STCA 38.2017.61 del 12 dicembre 2017, cresciuta incontestata in giudicato, nella quale questa Corte ha evidenziato come il motivo principale per il quale l'assicurata va considerata non collocabile risiede nel fatto che, al di là della capacità lavorativa oggettiva, RI 1 non si è dichiarata disposta, da un profilo soggettivo, ad accettare un'occupazione duratura, nemmeno a tempo parziale. Dalla sentenza citata, difatti, emerge che: " (...) Occorre, inoltre, evidenziare che davanti alla Sezione del lavoro, il 6 marzo 2017, l'assicurata ha dichiarato di non riuscire a seguire alcun programma occupazionale (cfr. doc. 11, consid. 2.5.). In secondo luogo, il TCA rileva che l'insorgente, nella medesima occasione, ha asserito di non sentirsi assolutamente in grado di svolgere alcun lavoro come dipendente, nel senso che di non riuscire più a seguire (od obbedire) ai normali compiti che le verrebbero assegnati dal datore di lavoro o dai superiori (cfr. doc. 11, consid. 2.5.). Questo Tribunale non ignora che la ricorrente, sempre davanti alla Sezione del lavoro, ha d'altra parte affermato di volersi, nonostante tutto, mettere alla prova e che se avesse una risposta da un eventuale datore di lavoro, proverebbe di sicuro (cfr. doc. 11). La stessa ha, tuttavia, pure precisato che per qualsiasi decisione sul suo futuro professionale vuole attendere la decisione dell'AI (cfr. doc. 11). In proposito giova sottolineare che la disponibilità soggettiva (cfr. consid.2.2.) a cercare e accettare un'occupazione deve esistere durante il periodo di attesa della decisione in ambito di assicurazione invalidità e a prescindere dall'esito di tale procedura (cfr. STF 8C\_406/2010 del 18 maggio 2011 consid. 5.1.). Va, altresì, osservato che l'assicurata ha sì compiuto ricerche di lavoro, ma prevalentemente in qualità di venditrice in negozi (cfr. doc. 6), quando la medesima ha dichiarato alla Sezione del lavoro di non riuscire più a gestire il contatto con il pubblico (cfr. doc. 11). Alla luce della giurisprudenza menzionata (cfr. consid. 2.4.) e degli elementi fattuali del caso concreto appena ricordati, segnatamente delle dichiarazioni dell'assicurata stessa e del suo atteggiamento, occorre concludere che ella, indipendentemente dalla questione di sapere quale sia da un punto di vista oggettivo la sua capacità lavorativa, dal 13 febbraio al 20 giugno 2017 (è la data della decisione su opposizione impugnata che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali cfr. STF 9C\_32/2017 del 31 ottobre 2017 consid. 4.3.2.; STF 8C\_661/2013 del 22 settembre 2014 consid. 3.1.2.; STF 9C\_5/2012 del 31 gennaio 2012; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1.), non manifestando la piena disponibilità ad accettare un'occupazione duratura, neppure a tempo parziale, è inidonea soggettivamente al collocamento (cfr. STCA 38.2007.18 del 26 luglio 2007; STCA 38.2007.30 del 26 luglio 2007)." (STCA 38.2017.61 pagg. 18-19, sottolineature della redattrice) Nella medesima sentenza il TCA, inoltre, rispondendo alla censura della parte ricorrente secondo cui la psichiatra dr.ssa \_\_\_\_\_ si sarebbe sostituita al collocatore ritenendola non collocabile, ha ricordato, a titolo abbondanziale, che in una STF C 268/04 del 3 marzo 2005, il Tribunale federale ha stabilito che non è il compito del medico di fiducia incaricato dal servizio cantonale valutare l'idoneità al

collocamento. Questo compito spetta al servizio cantonale e in caso di ricorso al tribunale. Nell'ambito della visita di accertamento dell'idoneità al collocamento, il medico si deve limitare a diagnosticare lo stato di salute e prendere posizione in merito all'inabilità al lavoro dell'assicurato, se, e in quale misura, relativamente a quali attività lavorative e in che condizioni generali per quanto concerne il posto di lavoro e l'orario di lavoro. Questo però non esclude che egli si debba pronunciare anche riguardo alla possibilità e alla disponibilità al collocamento, se durante i suoi accertamenti nota degli impedimenti psichici o disturbi comportamentali dell'assicurato che potrebbero pregiudicare tali aspetti. In questo contesto il medico deve pure esaminare se da un datore di lavoro può ragionevolmente essere preteso di assumere l'assicurato. Nel caso di specie, come visto, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha escluso che l'interessata presenti una sintomatologia depressiva importante e, conseguentemente, concluso che dal lato psichiatrico non sussista incapacità lavorativa alcuna (cfr. pag. 257 incarto AI). 2.9.3. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando le valutazioni peritali del dr. \_\_\_\_\_, per quanto concerne gli aspetti reumatologici, e del \_\_\_\_\_, per quelli psichiatrici, i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8.), alle stesse va dunque attribuita piena forza probante. Tanto più che l'insorgente non ha prodotto, in questa sede, refertazione medica specialistica atta, per un verso, a perlomeno sollevare dubbi circa la fedefacenza delle perizie in questione, e, per altro verso, a indurre questo TCA a disporre ulteriori accertamenti medici specialistici. Quanto accertato dai periti incaricati dall'UAI in merito alla capacità lavorativa dell'assicurata – la quale, come visto sopra, presenta una incapacità lavorativa complessiva del 55% nella sua precedente professione a partire dal 1° gennaio 2016, mentre è da ritenere, dalla medesima data, pienamente abile al lavoro in altre attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali - e alle sue (eventuali) limitazioni in ambito domestico – nulle secondo il parere dei periti – e confermato dal medico SMR nel rapporto finale del 15 febbraio 2017 (pag. 244 incarto AI), va dunque tutelato.

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