

TI_GERICHTE 32.2020.93 vom 25. Juni 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-06-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.93

FR: TI_GERICHTE 32.2020.93 du 25 juin 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.93 del 25 giugno 2020

Erwägungen

E. 27

cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). Sono quindi escluse le attività del tempo libero (N. 3082 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS, in vigore dal 2015 nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2017). 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 paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, 1995, pag. 458; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, pag. 145).

Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

Nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari.

Il nuovo art. 27 cpv. 2 OAI stabilisce che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità di religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità.

Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. R. Leuenberger - G. Mauro, *Changements dans la méthode mixte*, in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 segg.

(45-46)).

Come emerge dalle spiegazioni pubblicate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali alla Modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) ■ Valutazione dell'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (metodo misto) ■ in merito agli adeguamenti dal 1° gennaio 2018 concernenti l'applicazione del metodo misto in seguito alla sentenza 7186/09 della Corte europea dei diritti dell'uomo del 2 febbraio 2016, si è dunque posto l'accento sulle attività che possono essere equiparate a un'attività lucrativa ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 LAI.

Si tratta delle attività che soddisfano il criterio dei terzi, vale a dire che, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, possono essere tipicamente eseguite da terzi dietro pagamento. Le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica, come le attività artistiche o di pubblica utilità, non possono invece essere equiparate a un'attività lucrativa e quindi riconosciute come mansioni consuete, se non in casi speciali (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2). Queste occupazioni non vanno dunque disciplinate in modo generale dall'OAI e pertanto non sono più espressamente menzionate nell'Ordinanza (cfr. punto 1.2 pag. 6 delle citate spiegazioni dell'UFAS).

Come evidenziato dall'Ufficio federale sugli adeguamenti del metodo misto (cfr. punto III pag. 9), dal 1° gennaio 2018 il nuovo art. 27 OAI pone quindi l'accento sui lavori domestici necessari che possono essere equiparati ad un'attività lucrativa.

Per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se si tratti di un'attività che può essere eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento.

È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio). Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari; rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato.

Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solodopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano ad essere svolte da terzi come prima.

Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività puramente ricreative ■ le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento ■ non rientrano tra le attività da considerare nell'ambito delle mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb).

Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale.

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 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti.

Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146.

Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in 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 ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477.

In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e 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. Un'eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni.

Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa, secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51).

Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del

tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016).

Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da ■ persona con attività lavorativa a tempo pieno■ a ■ persona con attività lavorativa a tempo parziale■) che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 del 8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 9C_671/2017 del 12 luglio 2018 consid. 3.2.1 con riferimenti).

Infine va fatto presente che, oltre all'art. 27 OAI, anche l'art. 27bis cpv. 2 - 4 OAI è stato modificato con effetto dal 1° gennaio 2018. In particolare, conformemente all'art. 27bis cpv. 3 lett. a OAI, è stato introdotto un nuovo modello di calcolo.

Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che () il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018 ()■.

Nelle succitate spiegazioni dell'UFAS si legge:

2.5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa.

Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita.

Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato.

A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre

Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190).

2.6. Nella presente fattispecie, nella decisione impugnata l'Ufficio AI ha applicato il metodo misto, considerando l'assicurata salariata al 50% e casalinga al 50%. La giustificazione fornita dall'amministrazione per tale ripartizione è stata che: stando alla documentazione acquisita in sede istruttoria, così come al fatto che la Signora RI 1 è stata iscritta in disoccupazione a metà tempo, si reputa corretto valutare la sua quota parte quale persona salariata nella misura del 50%. Ne consegue che il rimanente 50% sia da considerare quale impegno da lei dedicato alle sue abituali mansioni nella conduzione dell'economia domestica (attività di casalinga) (cfr. doc. A).

Tale suddivisione è stata contestata dal patrocinatore dell'assicurata, il quale ha sottolineato come l'interessata non sia mai stata iscritta in disoccupazione al 50%. Ella ha, al massimo, beneficiato della possibilità di svolgere dei programmi occupazionali, in una misura non superiore al 20%. Il legale ha, inoltre, rilevato che l'interessata ha sempre svolto nella misura del 100% la sua professione di autista, prima di ridurre il tempo di lavoro a seguito della maternità, aggiungendo che prima che potesse tornare ad essere occupata al 100% nell'attività di conducente di autobus, la qui ricorrente è purtroppo caduta, senza che vi siano ad oggi mai stati elementi che permettano di immaginare un ritorno alla normalità, in una profonda e duratura depressione (doc. I).

Nella risposta di causa, l'amministrazione ha confermato la correttezza dell'applicazione, nel caso concreto, del metodo misto di calcolo del grado di invalidità, secondo una ripartizione 50% salariata e 50% casalinga, indicando che l'assicurata il 19 luglio 2019 ha presentato una domanda di indennità di disoccupazione ritenendosi disposta e capace a lavorare dal 1° luglio 2019 a tempo parziale, ovvero nella percentuale del 50% (cfr. anche in tal senso il doc. 48 (primo paragrafo) e 51 (punto 2b) incarto AI nonché le ricerche di lavoro (per un'occupazione a tempo parziale) effettuate dalla signora RI 1 sub doc. 74 incarto DISO) (doc. V).

Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non è in grado, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti, di stabilire con la necessaria tranquillità né se prima del danno alla salute l'assicurata fosse da considerare una lavoratrice a tempo pieno oppure a tempo parziale (e in questa seconda ipotesi, in quale misura), né se l'assicurata, senza il danno alla salute, avrebbe ripreso la propria attività al 100%, o in misura parziale (e, in questa seconda evenienza, in quale percentuale).

Dalla documentazione agli atti, infatti, emergono elementi contraddittori, i quali non permettono di trarre delle convincenti conclusioni al riguardo.

Nella domanda di prestazioni AI del 2 novembre 2018, l'assicurata ha indicato, quale attività lucrativa, quella di autista di autopostale al 30% in questo ultimo anno (cfr. doc. 7, punto 5.4.).

Dal questionario per il datore di lavoro, compilato in data 3 dicembre 2018, risulta che l'inizio del rapporto lavorativo è stato il 1° dicembre 2017 e che il grado di occupazione dell'interessata era, dal 1° gennaio 2018, di 15 ore settimanali, mentre l'orario normale di lavoro dell'azienda era di 41 ore settimanali (cfr. doc. 15).

Nella notifica di incapacità lavorativa del 29 maggio 2018 a _____, al contrario, il datore di lavoro ha indicato che l'assicurata, assunta dal 1° dicembre 2017 a tempo indeterminato, aveva un grado di occupazione del 100% con un orario di lavoro di 41 ore settimanali (cfr. doc. 75).

Nel referto peritale psichiatrico del 7 febbraio 2019, la dr.ssa _____ ha indicato che l'assicurata lavora presso le _____ come autista di bus al 100% da 1 anno (cfr. doc. 100).

Con scritto del 3 agosto 2019 l'assicurata ha risposto:

2.7. 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). ()" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2)

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

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 p. 254-257).

Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, 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).

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). 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 due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), 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).

Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, 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 TF per la quale 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'inabilità lavorativa invalidante.

Infine, nella sentenza pubblicata in 145 V 215 (STF 9C_724/2018 dell'11 luglio 2019) il Tribunale federale ha stabilito che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata anche all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di tossicomanie, fermo restando in ogni caso l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno, ad esempio tramite partecipazione attiva a dei trattamenti medici ragionevolmente esigibili, pena il rifiuto o la riduzione delle prestazioni (cfr. comunicato stampa del 5 agosto 2019, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le tossicomanie (sindromi da dipendenza quali per esempio l'alcolismo [RCC 1989 pag. 283, 1969 pag. 236], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 pag. 115] o da droghe [RCC 1992 pag. 180, 1987 pag. 467, 1973 pag. 600], l'abuso di nicotina oppure l'obesità [RCC 1984 pag. 359]; STCA 32.2017.185 del 18 luglio 2018, consid. 2.5) occorrerà applicare una procedura

probatoria fondata su indicatori. Il Tribunale federale ha così modificato la sua precedente giurisprudenza secondo la quale le tossicomanie erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fossero causate da un danno alla salute fisica o mentale, o avessero provocato una malattia o un infortunio. Decisiva è ora invece la questione di sapere se la persona interessata riesca a fornire, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'invalidità lavorativa invalidante (cfr. STF 9C_136/2019 del 19 agosto 2019, consid. 3 in fine), fermo restando in ogni caso l'obbligo di ridurre il danno, sottoponendosi ai trattamenti medici ragionevolmente esigibili, pena il rifiuto o la riduzione delle prestazioni. Nella STF 9C_334/2019 del 6 settembre 2019, al consid. 5.2, l'Alta Corte ha ricordato che di principio una nuova prassi si applica a tutti i casi pendenti al momento del cambiamento (cfr. pure STF 8C_313/2018 del 10 agosto 2018, consid. 8 con rinvii; DTF 137 V 210, consid.5 e 6 e DTF 132 V 368, consid. 2.1 ivi citato).

2.8. Al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurata, l'amministrazione ha chiesto una valutazione al proprio SMR.

Nel rapporto finale del 31 ottobre 2019, la dr.ssa med. _____ e il dr. med. _____, psichiatra del SMR, poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di ■1. sindrome depressiva ricorrente: episodio depressivo di gravità media (F31.1); primo episodio dopo IVG, a 28 anni, postpartale e dal 06/07.2018; Clinica _____ dal 09.08.2018 al 17.09.2018 dopo tentativo suicidale posto in atto, abuso di sostanze medicamentose e di alcool; _____ 6 mesi dopo per nuovo tentativo di suicidio; 2. disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline F60.31; 3. disturbo dell'alimentazione: bulimia nervosa F50.2■ e, quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa, quella di ■IVG circa 2005■, hanno considerato l'assicurata totalmente inabile al lavoro nell'abituale attività ■dal 9 agosto 2018 e continua■. Essi hanno precisato che ■inizio IL: perizia della dr.ssa _____■, mentre riguardo al fatto che l'IL perduri hanno indicato che ■sotto terapia di Antabus non è consentita la guida di mezzi pesanti o di autobus■.

Quanto alla capacità lavorativa in attività adatte, i medici del SMR hanno considerato l'assicurata totalmente inabile al lavoro dal 9 agosto 2018; inabile al lavoro all'80% dal 16 gennaio 2019; inabile al lavoro al 70% dal 1° febbraio 2019; inabile al lavoro al 50% dal 16 marzo 2019 e, infine, totalmente abile al lavoro dal 16 aprile 2019 (doc. 44).

Tali considerazioni del SMR si basano, a loro volta, sulla valutazione peritale psichiatrica eseguita dalla dr.ssa _____ per conto di _____.

Nel referto peritale del 7 febbraio 2019, la dr.ssa _____ ha posto le diagnosi psichiatriche con influsso sulla capacità lavorativa di ■episodio depressivo attualmente di media gravità in sindrome depressiva ricorrente (F31.1); disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo Borderline (F60.31); bulimia nervosa (F50.2)■ (doc. 100).

2.10. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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 europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va infine 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).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e

pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.11. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali, condividere la valutazione finale del 31 ottobre 2019 del dr. _____ del SMR - a sua volta basata sulla perizia della dr.ssa _____ - posta a fondamento della decisione impugnata.

Nel caso di specie, il TCA non è, innanzitutto, in grado di stabilire, con sufficiente tranquillità, quando sia insorto il danno alla salute invalidante dell'interessata.

Dal referto peritale della dr.ssa _____, infatti, emerge che l'interessata soffra di un disturbo psichico radicato e ricorrente ormai da parecchi anni, con messa in atto anche di tentativi suicidali.

L'esperta in psichiatria, tuttavia, nel suo referto peritale eseguito per conto di _____, si è concentrata sull'ultimo sviluppo di un nuovo episodio depressivo a partire dal mese di giugno-luglio 2018, senza ulteriormente indagare e stabilire il momento nel quale ha preso inizio il danno alla salute con influsso sulla capacità lavorativa residua.

Da notare, in proposito, che come messo in rilievo da parte dello psichiatra curante, la presa a carico specialistica risalgia già al mese di settembre del 2016 (cfr. pag. 172 incarto AI).

Tale aspetto, di fondamentale importanza già solo per potere stabilire, come ricordato in precedenza (cfr. consid. 2.6.), il metodo di calcolo da utilizzare per calcolare il grado di invalidità, necessita quindi forzatamente di essere acclarato per il tramite di una perizia specialistica.

2.12. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione (Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage

begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist■; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.11., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire quale sia lo stato di salute dell'interessata e le ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa, precisando, inoltre, a partire da quando sussista il danno alla salute con ripercussioni sulla capacità lavorativa.

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

2.13. Secondo gli 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 l'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).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI.

2.14. Nel caso di specie, inoltre, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio aDTF 137 V210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), la ricorrente, rappresentata in causa, ha diritto all'importo di fr. 2'500.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGa; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.).

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