

TI_GERICHTE 32.2022.67 vom 17. August 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-08-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.67

FR: TI_GERICHTE 32.2022.67 du 17 août 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.67 del 17 agosto 2022

Regeste

Ricorso contro decisione di rifiuto rendita. Confermata perizia pluridisciplinare. I certificati della curante, oltre che scarni, non si confrontano con le risultanze peritali e non differenziano tra incapacità lavorativa in attività abituale e incapacità lavorativa in attività adeguata

Erwägungen

E. 12

marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a giusta ragione o meno l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto alla rendita dopo aver determinato un grado d'invalidità non pensionabile. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). Nella DTF 148 V 162 consid. 3.2.1. il Tribunale federale formulato le seguenti precisazioni circa il diritto intertemporale: " Gemäss einer allgemeinen prozessualen Grundregel wird das anwendbare Recht durch den Zeitpunkt der Verfügung respektive – sofern diese angefochten ist – den Zeitpunkt des Einspracheentscheides bestimmt [...]. Bei Sachverhalten mit intertemporalem Bezug greift diese Grundregel jedoch zu kurz. In solchen Konstellationen sind weitere Aspekte mit zu berücksichtigen. So stellt sich insbesondere die Frage nach dem zeitlichen Geltungs- sowie dem zeitlichen Anwendungsbereich einer Bestimmung. Der zeitliche Geltungsbereich ist die "Lebensdauer" einer Rechtsnorm. Diese wird durch deren In- und Ausserkrafttreten bestimmt. Die eingangs genannte prozessuale Grundregel bezieht sich vorab auf den zeitlichen Geltungsbereich. Davon zu unterscheiden ist der zeitliche Anwendungsbereich einer Norm; dieser bestimmt den Zeitraum, in dem sich die vom Tatbestand erfassten Sachverhalte ereignet haben müssen [...]. Zeitlicher Geltungsbereich und zeitlicher Anwendungsbereich können zusammenfallen, müssen dies aber nicht; insbesondere bei Dauersachverhalten sind sie zu unterscheiden. Weil das intertemporale Rechtsetzungsprimat beim Gesetzgeber liegt [...], ist in einem ersten Schritt stets zu prüfen, ob die anwendbare Rechtsgrundlage Kollisionsnormen enthält. Fehlen solche, kommen auch hier allgemeine Grundsätze zur Anwendung. Diesbezüglich besagt der intertemporale Hauptsatz, dass in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben. Für zeitlich offene Dauersachverhalte bedeutet dies, dass sie grundsätzlich nach den jeweils geltenden rechtlichen Grundlagen zu beurteilen sind. Es ist somit bis zum Inkrafttreten einer Rechtsänderung das alte Recht und danach (ex nunc et pro futuro) – sofern die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind – das neue Recht anwendbar (unechte

Rückwirkung [...]”. La Circolare sull’invalidità e sulla rendita nell’assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, prevede al marginale 9101 che “ Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell’OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ”. I marginali 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell’AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall’UFAS, stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, prevedono che: " Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l’articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell’insorgenza dell’invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta .tardiva in base all’art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l’invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all’articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: in caso di insorgenza dell’invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d’invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l’art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022 ”. Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l’asserita invalidità e l’eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Con scritto del 7 settembre 2022 destinato agli uffici AI (21/2022 Informativa per gli uffici AI: diritto transitorio per la valutazione del grado d’invalidità e la determinazione del diritto alla rendita (riforma Ulteriore sviluppo dell’AI)) ed inoltrato – dietro richiesta – il 5 ottobre 2022 al TCA, l’UFAS ha confermato che: “ (...) in caso di prima concessione di una rendita si applicano le disposizioni in vigore al momento della nascita del diritto alla rendita”, ad eccezione dei casi di “prima concessione di una rendita con variazione del grado di invalidità o limitata nel tempo e nei casi di revisione, a quest’ultima fattispecie applicandosi le disposizioni in vigore al momento della modifica determinante”. Oltre a ciò, l’UFAS ha rilevato che “Nelle ultime settimane i tribunali cantonali hanno emanato diverse sentenze che hanno confermato, direttamente o indirettamente, la summenzionata regolamentazione di diritto intertemporale. Da queste sentenze si evince inoltre che i tribunali considerano il momento dell’emanazione della decisione impugnata quale limite temporale importante per l’esame dei fatti; tuttavia, non si può concludere su questa base che anche la determinazione del diritto applicabile dipenda dal momento dell’emanazione della decisione. In questo contesto, anzi, il momento aleatorio dell’emanazione della decisione è irrilevante per la determinazione del diritto applicabile, dato che presenta sempre un certo grado di arbitrarietà (DTF 139 V 263). Nell’ottica di un’applicazione uniforme del diritto a livello nazionale, vi chiediamo pertanto di esaminare le sentenze cantonali prestando particolare attenzione alla corretta interpretazione della menzionata regolamentazione di diritto intertemporale e, in caso di decisioni che vi derogassero, di vagliarne l’impugnazione dinanzi al Tribunale federale.” In concreto, l’assicurata ha presentato (la sua prima)

domanda di prestazioni AI l'8/10 giugno 2020 (cfr. supra consid. 1.1.) adducendo un'incapacità lavorativa a far tempo dal 2010 (doc. 1, doc. 5, pag. 24 e doc. 7 incarto AI). Conseguentemente, a prescindere dalla questione a sapere se si tratti di una domanda tardiva o meno (cfr. doc. 29 cpv. 1 LAI), il diritto alle prestazioni d'invalidità sarebbe in ogni caso insorto al più tardi l'8/10 giugno 2021 (cfr. art. 28 LAI). Pertanto, sia l'invalidità che l'asserito diritto alle prestazioni sarebbero insorti entro il 31 dicembre 2021. L'Ufficio AI ha emanato la sua decisione di rifiuto di prestazioni il 17 agosto 2022 (cfr. supra consid. 1.4. in fine). Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

2.3. 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. 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 che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 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. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/ Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF 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 (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del

E. 14

dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è

necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 (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/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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). 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). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/ 2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). 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) 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 ancora evidenziato 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 pagg. 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 pagg. 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 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 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; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. 2.6.1. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni (cfr. supra consid. 1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurata l'Ufficio AI ha sottoposto la refertazione medica richiamata al medico SMR e ha predisposto una perizia pluridisciplinare confluita nel referto del 22 marzo 2022 (cfr. supra consid. 1.2.). La ricorrente contesta, limitatamente all'aspetto psichiatrico, la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, contrapponendole i certificati della curante, dr.ssa _____ del 20 giugno e del 28 novembre 2022 (cfr. supra consid. 1.5. e 1.7.). Incontestata è invece la valutazione economica. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia

stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni. 2.6.2. Occorre innanzitutto ricordare che inizialmente non si era neppure palesata la necessità di una valutazione medica sotto il profilo psichiatrico, il mandato peritale essendo stato limitato all'ambito ORL, neurologico ed internistico (cfr. doc. 34 incarto AI). In effetti, è stato il _____ motu proprio a ritenere necessaria una visita in ambito psichiatrico e dei test psicodiagnostici (cfr. docc. 40 e 41 incarto AI). Ciò premesso, il perito psichiatra ha potuto accertare, sulla base delle refertazioni agli atti e dei test psicodiagnostici eseguiti dal dr. _____ (doc. 44, pag. 205 e seg. incarto AI), quanto segue (sottolineature del redattore). All'arrivo per la consultazione la peritata ha manifestato insofferenza per il fatto che sia stata predisposta una perizia psichiatrica (pag. 206 incarto AI: "Entrambe [l'assicurata e sua madre, n.d.r.] si dicono deluse dal fatto che sia stata predisposta una perizia psichiatrica. La perizianda ribadisce di avere un problema somatico ampiamente documentato sotto tutti i punti di vista e non ritiene di avere alcun tipo di problema psicologico"). Nell'anamnesi dettagliata il perito ha messo a verbale che "Non vengono descritte ereditarie e nemmeno disturbi psichiatrici maggiori nel gentilizio" (pag. 206 incarto AI). Anche nella disamina del Quadro clinico dei disturbi legati al lavoro (valutazione e motivazione dell'assicurato su cosa funziona ancora e su cosa non è più possibile sul lavoro) ella ha sostenuto "che tutti i suoi limiti per le attività lavorative sono interamente riconducibili al problema vascolare" (pag. 208 incarto AI). Circa l'asserito precedente tentativo terapeutico in ambito psichiatrico, il dr. _____ ha protocollato che "L'assicurata sostiene di essersi rivolta a uno psichiatra nel 2019. Avrebbe incontrato lo specialista al massimo tre volte, semplicemente perché "volevo provarle tutte per stare meglio". Non ricorda il nome dello psichiatra, il quale avrebbe fatto l'ipotesi che la vertigine fosse in parte determinata da una componente ansiosa e le avrebbe prescritto una terapia ansiolitica e antidepressiva, che la signora non saprebbe però identificare attualmente. Il suddetto tentativo terapeutico non avrebbe sortito alcun tipo di risultato, nemmeno minimo. Per questo motivo, dopo soli tre incontri, l'assicurata avrebbe deciso di sospendere la presa a carico. Pare che lo psichiatra stesso le avesse confermato che l'assenza di qualsiasi risposta alla terapia da lui prescritta stava ad indicare che non vi fosse una componente psicologica del disturbo." (pag. 208 e seg. incarto AI). Quo agli esami psicologici complementari eseguiti dal dr. _____ il 4 settembre 2021, il perito ha rilevato che "I risultati del SIMS [...] indicano la presenza di uno stile di risposta autentico e sincero. Nella compilazione del SIMS, pertanto, la signora RI 1 non ha riferito la presenza di sintomi atipici che facciano pensare ad una deliberata accentuazione dei disturbi lamentati. Anche le 5 Scale di Validità del MMPI-2-RF confermano che l'A. ha risposto in modo pertinente e coerente, senza esagerare o minimizzare gli aspetti valutati. Dall'analisi del protocollo si possono escludere disfunzioni del pensiero [...] e strutturati disturbi della personalità. Gli elementi emersi [...] rimandano ad un malessere caratterizzato prevalentemente da un disagio somatico, causato dai sopraggiunti problemi fisici [...]" (pag. 210 incarto AI). In sintesi, il perito, confermando quanto asserito dall'assicurata, ha escluso qualsivoglia patologia psichiatrica, ragione per cui la capacità lavorativa è da considerarsi inalterata sotto il profilo psichiatrico. In sede di osservazioni al progetto di decisione e nelle more del ricorso (cfr. supra consid. 1.4., 1.5. e 1.7.), l'insorgente ha presentato due certificati dalla curante avente il seguente tenore. "Con la presente certifico di aver in cura la paziente summenzionata dal 12.01.2022 a tuttora per una sindrome di disadattamento con reazione mista ansioso depressiva che provoca alla

paziente momenti di angoscia e disagio psicologico con ansia generalizzata, insonnia, umore labile tendendo al polo negativo. La paziente soffre molto del suo disturbo di deficit vestibolare destro che la rende nervosa e triste. Lei assume una terapia farmacologica. Una rivalutazione da parte vostra è necessaria, a mio avviso la paziente è inabile al lavoro al 50% dal 12.01.2022 [...]”. (certificato del 20 giugno 2022 della curante, doc. I, allegato C, doc. 50 incarto AI). " In riferimento alla Sua richiesta le comunico quanto segue. La signora RI 1 si è rivolta a me il 12.01.2022 e viene seguita tutt’ora per disturbi nervosi. La paziente mi ha riferito che non ha menzionato questi sintomi al perito dell’assicurazione d’invalidità. Il problema all’epoca era solo un deficit vestibolare all’orecchio destro. Durante questo periodo di cura si è dimostrata disponibile agli appuntamenti e disposta ad assumere una cura farmacologica e psicoterapeutica contro l’ansia. La paziente convive con un uomo. In primavera di quest’anno rimane incinta. La convivenza con lui è stata sovente problematica e si è reso necessario talvolta anche l’intervento della polizia. Sulla base di quanto precede mi riservo un tempo di osservazione dato che la situazione clinica è in piena evoluzione notoriamente riguardando l’attuale stato gravido della paziente. Sarà mia premura esprimermi su un eventuale possibile miglioramento. [...]”. (certificato del 28 novembre 2022 della curante, doc. XII, allegato E). Il dr. _____ si è così espresso circa il certificato del 20 giugno 2022 della curante (doc. 53 incarto AI): “[...] La sintomatologia descritta nel certificato è molto sintetica e aspecifica; essa non discosta da quanto era già emerso dalla testistica dettagliata che era stata fatta dallo psicologo sig. _____ alcuni mesi prima, la quale era stata analizzata e ponderata adeguatamente in sede peritale. Sempre in occasione della mia perizia avevo descritto la credibilità delle lamentele soggettive, unite però all’assenza di una psicopatologia oggettiva. L’assicurata aveva negato tassativamente dei problemi psichiatrici e si era detta molto delusa che la sua inabilità venisse analizzata anche sotto il profilo psichiatrico. Una presa a carico precedente [...] era stata avviata in maniera strumentale, “per provarle tutte” [...]. In questo caso parrebbe che la presa a carico sia iniziata dopo l’esito della perizia psichiatrica. Il certificato della psichiatra curante tuttavia non porta alla luce dei nuovi elementi psicopatologici oggettivi che possano mettere in dubbio la validità della perizia [...]. La tempistica di esordio del presunto disturbo psichiatrico reattivo è molto dubbia, soprattutto se si considera l’andamento cronico della vestibulopatia, che sarebbe la causa del disagio. Confermo quindi le conclusioni peritali. ”. Le conclusioni del perito sono state avallate dalla dr.ssa _____ e dalla dr.ssa _____. Quo al certificato del 28 novembre 2022, l’Ufficio AI ha osservato come esso descriva la situazione successiva alla decisione impugnata, senza porre chiari dati clinici e/o precisazioni, rinviando alla presa di posizione del dr. _____ (doc. 53 incarto AI) e osservando come non sia verosimile sostenere ora che l’assicurata non fosse in grado di illustrare il proprio malessere al perito. Ora, si rileva innanzitutto che i certificati della curante, oltre ad essere scarni e generici dal profilo contenutistico, non si confrontano con le conclusioni peritali, rispettivamente con il complemento peritale del dr. _____, la curante avendo indicato delle diagnosi senza spiegare in modo esaustivo il motivo per cui esse devono essere preferite a quanto concluso dal perito psichiatra e attestando un’incapacità lavorativa del 50% senza precisare neppure a quale attività si riferisce. Inoltre, l’assicurata medesima in sede peritale ha dichiarato senza equivoci di non soffrire di alcuna patologia psichiatrica e men che meno di un’affezione psichiatrica con ripercussione sulla capacità lavorativa, rinviando in tal senso anche ad una presa a carico psichiatrica del 2019, effettuata “ per tentarle tutte ” e rivelatasi inutile, i problemi dell’assicurata, come da lei affermato, essendosi rivelati estranei all’ambito psichiatrico. La bontà delle asserzioni

dell'insorgente rese in ambito peritale è stata confermata dal perito sia sulla base dell'anamnesi che dei test psicodiagnostici, questi ultimi avendo escluso una tendenza a minimizzare o esagerare. 2.6.3. Giova in tale contesto rammentare il principio della priorità della dichiarazione della prima ora, secondo cui in presenza di due versioni differenzi la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha reso nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche, le spiegazioni fornite in un secondo tempo non potendo integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (STF 8C_134/2016 del 15 giugno 2016 consid. 2.3., DTF 121 V 45 consid. 2a e STCA 32.2022.39 del 17 ottobre 2022 consid. 2.7.2.) Tutto bene considerato, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche) nel diritto delle assicurazioni sociali (cfr. art. 61 lett. c in fine LPGa; cfr. anche STF 9C_549/2020 del 1. settembre 2021 consid. 3.1. e seg. e STCA 32.2022.39 consid. 2.7.2.), questo Giudice ritiene oltremodo inverosimile che l'insorgente abbia sottaciuto in sede peritale asserite affezioni della sfera psichica, escludendole categoricamente, per poi rivolgersi alla psichiatra curante la quale ha certificato un'incapacità lavorativa del 50% senza neppure differenziare tra attività precedente (assistente di studio medico) e attività adeguate. Per tacere del fatto che, di principio, in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. supra consid. 2.5.). Visto quanto precede, le conclusioni della perizia pluridisciplinare vanno integralmente confermate, ritenuto che per l'ambito psichiatrico il perito ha – incontestatamente – rispettato i criteri stabiliti dalla giurisprudenza più recente afferente alle perizie psichiatriche (DTF 141 V 281, DTF 143 V 409 e 418), che impone la disamina di diversi indicatori (cfr. supra consid. 2.4.). La censura dell'insorgente s'appalesa all'evidenza infondata. Privo di fondamento risulta pure quanto sostenuto dalla ricorrente nel suo scritto del 13 gennaio 2023 secondo cui “ agli atti non appaia risultare un concreto riscontro oggettivo circa il calcolo dell'incapacità lavorativa legato al cumulo delle due patologie invalidanti. Come già detto, il grave deficit vestibolare della Ricorrente non può che essere valutato in combinazione con la sua condizione psichiatrica, condizioni queste, entrambi determinanti un'incapacità lavorativa quantomeno del 50% a mente della dott.ssa _____ [...]” (doc. XVIII, cfr. supra consid. 1.9.): le conclusioni peritali unitamente al complemento peritale del dr. _____ sono state confermate in questa sede, ragione per cui è solo l'affezione ORL a determinare l'incapacità lavorativa dell'insorgente. 2.7. Visto tutto quanto precede, ne consegue che, confermata la decisione contestata, il ricorso va integralmente respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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 fr. 500 sono poste a carico della ricorrente, la quale ha chiesto di potere beneficiare dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 2.9. Come accennato, la ricorrente chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. supra consid. 1.5.). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge

sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio manifestamente votata all'insuccesso. In effetti, visto il tenore della perizia pluridisciplinare (cfr. doc. 44 incarto AI) e le precisazioni che sono state successivamente fornite dai periti, ai quali l'Ufficio AI aveva chiesto di prendere posizione sulle obiezioni sollevate in sede di osservazioni al progetto di decisione (cfr. doc. 53 incarto AI), considerato che, secondo la giurisprudenza federale, le perizie elaborate da medici esterni all'amministrazione hanno piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti ed è consentito scostarsene soltanto in presenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (e ciò diversamente dai rapporti medici interni all'amministrazione, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi), all'insorgente doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole risulta non adempiuto. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere respinta.

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