

TI_GERICHTE 32.2023.109 vom 19. September 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-09-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.109

FR: TI_GERICHTE 32.2023.109 du 19 septembre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.109 del 19 settembre 2023

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). La cifra 9101 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2024) prevede 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 ". La cifra 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI) (valida dal 1. gennaio 2022 e stato alla medesima data) prevedono che: " [...] 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 è 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 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 successivamente. In concreto RI 1 non è mai stata al beneficio di una rendita (cfr. supra consid. 1.1.). Nella (seconda) domanda di prestazioni l'assicurata si è prevalsa, tra l'altro, delle refertazioni della curante dr.ssa _____ attestanti un peggioramento della situazione valetudinaria dall'inverno 2019 con accertamento di un'incapacità lavorativa dell'80% da tale momento e continua (doc. 56, pag. 205 e doc. 64, pag. 252 incarto AI). L'asserita invalidità sarebbe quindi insorta prima della modifica di legge di cui sopra, a prescindere dal fatto che si tratti di una domanda

tardiva (art. 29 cpv. 1 LAI) o meno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). 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 LPGGA, 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 LPGGA, 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 LPGGA 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA, 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 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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 oggettivamente (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 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 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 LPGGA – 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. 1.2.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurata l'Ufficio AI ha sottoposto la refertazione medica richiamata, rispettivamente pervenuta al medico SMR e ha predisposto una perizia pluridisciplinare confluita nel referto peritale del 20 dicembre 2022 e nel complemento del 14 giugno 2023 (cfr. supra consid. 1.5.). La ricorrente contesta le conclusioni peritali, adducendo un'incapacità lavorativa dell'80% e producendo, in sede di osservazioni al preavviso e nella presente procedura, della documentazione medica (cfr. supra consid. 1.5., 1.6. e 1.9.) che l'amministrazione ha ritenuto irrilevante (cfr. supra consid. 1.5., 1.7 e 1.10). Questo Giudice, 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. Con le osservazioni al progetto la ricorrente aveva prodotto varia documentazione medica, esaminata dai periti, e meglio: - certificato del 6 marzo 2023 del dr. _____ attestante " La paziente [...] per motivo di salute è inabile al lavoro nella misura del 100% fino a tempo determinato " (doc. 164, pag.

787 incarto AI); - rapporto del 15 marzo 2023 dello psicologo e psicoterapeuta _____ (doc. 164, pag. 788 e seg. incarto AI); - rapporto del 18 febbraio 2023 del curante dr. _____ (specialista in psichiatria e psicoterapia) (doc. 164, pag. 791 e seg. incarto AI) e - referto radiologico del 17 febbraio 2023 del dr. _____ (specialista in radiologia diagnostica) (doc. 164, pag. 793 incarto AI). Per quanto concerne il certificato del dr. _____, trattasi di una scarna attestazione di un'incapacità lavorativa che differisce in modo sostanziale dalle conclusioni peritali, senza tuttavia presentare lo stesso grado d'approfondimento e senza neppure confrontarsi con esse. Il rapporto del signor _____ consiste in una riproposizione di quanto comunicatogli dalla ricorrente, senza aggiungere alcun elemento di rilevanza medica e, soprattutto, senza alcun riferimento alla capacità lavorativa. Per tacere del fatto che il signor Fusetti non è un medico. Irrilevante risulta altresì il referto radiologico del 17 febbraio 2023 del dr. _____, lo specialista essendosi limitato ad indicare una " Sospetta coxartrosi " e a refertare un " Lieve restringimento delle rime articolari coxofemorali, specie a sinistra. Non rilevante osteofitosi. Rapporti articolari sono conservati. Non fratture ", anche in questo caso senza fare alcun riferimento alla capacità lavorativa. Il rapporto del dr. _____ presenta il seguente tenore: "[...] Seguo la paziente dal 29.07.2022. Diagnosi: F61 Altri disturbi di personalità e forme miste con forti tratti paranoidei ed istrionici F33.1 Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto Z63 Altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare. Terapia psicofarmacologica: FLUOXETIN 20 mg 2/0/0/0 TRANXILIUM caps 5 mg 1/0/1/0 Segnalo un peggioramento delle condizioni psichiche [...] negli ultimi mesi [...]. La paziente presenta un quadro clinico dominato da insonnia globale e gran parte del tempo impiegato con ruminazioni sulle "ingiustizie subite" e per preparare i documenti e le lettere per le varie contestazioni e reclami, con un'eccessiva sensibilità ai rifiuti o contrattempi, grande interpretatività, grande sospettosità e tendenza a distorcere la realtà. [...] Si sente terrorizzata dalle istituzioni, presenta convinzioni complottistiche, sentimenti di ingiustizia e vissuti persecutori, con comportamenti querulomani. Nello stesso tempo vi è un eccessivo autoriferimento, autodrammatizzazione, grande suggestionabilità, facilità ad essere ferita nei sentimenti, continuo desiderio di apprezzamento. Dall'anamnesi e dalla documentazione a disposizione risulta che la paziente è affetta da un disturbo depressivo ricorrente con esordio nel lontano 2003. Infatti, presenta deflessione timica con facilità al pianto, bassa autostima, riduzione dell'energia e decremento dell'attività, difficoltà nelle attività di base della vita quotidiana (beneficia di aiuto domiciliare), sentimenti di solitudine, isolamento sociale, ansia con attacchi di panico, insonnia globale, scarsa concentrazione, trascuratezza, iporessia. Inoltre la sintomatologia algica cronica da fibromialgia ed i sentimenti di inguaribilità aggiungono effetto depressogeno. [...] si aggiungono gli eventi traumatici dell'ultima decade come le gravi complicanze dell'intervento chirurgico ginecologico nel 2012, la storia dell'eredità del marito [...], un riferito abuso sessuale che non ha denunciato [ciò non corrisponde al vero (doc. 84, pag. 381 e 383 incarto AI), n.d.r.], la curatela amministrativa che ha vissuto in modo persecutorio ed intrusivo. La paziente ha una limitata critica di malattia. Già nel 2019 la dr.ssa _____ considerava un'incapacità lavorativa dell'80% per problemi psichiatrici quando l'abilità lavorativa appariva fortemente compromessa per ciò che concerne caricabilità, persistenza, flessibilità e contatto con gli altri, mentre la perizia _____ rilevava già un disturbo di personalità istrionico paranoideo. Il quadro clinico [...] è altamente invalidante, sia per quanto concerne l'abilità lavorativa, sia per il funzionamento personale e sociale ed ha avuto un andamento peggiorativo non permettendo

un recupero dell'abilità lavorativa. Condissero che, ad oggi, l'inabilità lavorativa per motivi prettamente psichiatrici è dell'80%." A tal proposito, la perita psichiatra ha così preso posizione il 26 maggio 2023 (doc. 172, pag. 828 e seg. incarto AI, sottolineature del redattore): "[...] Lo psichiatra curante riporta le diagnosi di F61, altri disturbi di personalità e forme miste con forti tratti paranoidei ed istrionici, F33.1 disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto, Z63 altri problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare. Lo specialista non riporta quali diagnosi abbiano o meno influsso sulla CL . Segnala [...] un peggioramento delle condizioni psichiche avvenuto negli ultimi mesi ma senza segnalare esattamente da quando e in che cosa consista il cambiamento dello stato di salute. [...] Non viene citata la terapia in atto, né quali eventuali provvedimenti terapeutici sono stati attuati di fronte all'asserito peggioramento . La sig.ra RI 1, nel suo scritto del 21.04.2022 [osservazioni al preavviso, n.d.r.] cita Fluctine 40 mg/die [corrispondente al Fluoxetin, n.d.r.], Tranxilium 15 mg/die [il curante psichiatra avendo descritto un'assunzione addirittura inferiore, n.d.r.], Nervoheel 1/die (medicamento omeopatico), ceress gtt di lavanda (medicamento fitoterapico). Pertanto la terapia antidepressiva è la stessa rispetto a quella già presente al momento della valutazione peritale, i cui dosaggi plasmatici ricordo erano inferiori ai valori minimi normali (dosaggio non coerente rispetto alla prescrizione e alla dichiarazione di un'assunzione regolare); è stato solo introdotto una benzodiazepina che notoriamente non ha alcun effetto antidepressivo . I sintomi riportati dal curante vengono elencati nella mia perizia tra i sintomi soggettivamente percepiti , nella valutazione peritale è stata sottoposta a valutazione testistica che ha evidenziato una sintomatologia somatica e cognitiva poco credibile, con un'esagerazione dei sintomi . Il curante che la segue da settembre 2022 (come scrive l'A il 21.4.2023) attesta che vi sia un'inabilità lavorativa dell'80% come già definito dalla Dr.ssa med. _____ nel 2019. Il Dr. med. _____ nel suo rapporto descrive lo stesso quadro clinico riportato dalla Dr.ssa med. _____ allineandosi alla valutazione della sua capacità lavorativa ma senza descrivere le limitazioni alla base di tale sua affermazione . Inoltre, egli pur affermando che vi è stato un peggioramento ritiene che la sua incapacità lavorativa sia la stessa del 2019 . [...] ricordo di aver evidenziato un disturbo misto di personalità paranoideo-istrionico (ICD-10 F61) che anche il curante [...] conferma . Per quanto riguarda la diagnosi di una sindrome depressiva ricorrente ho già argomentato nella mia perizia il motivo per il quale mi sono discostata da tale classe nosografica di depressione ricorrente, oltre che non si poteva attestare una cronicità del quadro clinico depressivo in quanto al momento della valutazione peritale del Dr. med. _____, come anche in corso della mia valutazione non vi erano sintomi sufficienti per una tale diagnosi. L'attuale documentazione non modifica la mia valutazione peritale né le sue conclusioni ." Rilevata la contraddizione in cui è incorso il dr. _____, allineatosi alle pregresse conclusioni della collega dr.ssa _____ in punto alla capacità lavorativa residua nonostante un asserito peggioramento dell'affezione psichiatrica negli ultimi mesi (la dr.ssa _____ aveva invece attestato un peggioramento a far tempo dall'inverno 2019, cfr. supra consid. 2.2.), considerato che il dr. _____ non ha differenziato quali diagnosi e in che misura influiscono sulla capacità lavorativa ed i limiti funzionali, osservato che la terapia farmacologica non ha subito modifiche sostanziali e che la perita si è determinata in modo puntuale ed esaustivo su ogni aspetto emerso dal rapporto del curante psichiatra, il rapporto peritale ed il citato complemento della dr.ssa _____ risultano preferibili al rapporto del dr. _____. È in ogni caso bene ricordare che in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se

specialista (cfr. supra consid. 2.5.). 2.6.3. Con il ricorso e nelle more della presente procedura l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica (I, allegati A4-A10, A12, A14-A16; VIII, allegati 1-10). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 261 consid. 3b con riferimento). Tornando al caso in disamina, come rettamente rilevato dall'Ufficio AI, l'unico nuovo referto medico allegato al ricorso consiste nella seconda pagina del formulario "Accertamento medico per il rimborso delle spese di aiuto domestico nell'ambito delle prestazioni assistenziali" compilato e datato 22 marzo 2022 dalla dr.ssa _____ (I, allegato A14). A tal proposito si rileva che la curante si è limitata ad indicare (senza fare riferimento all'ICD) "SD DEPRESSIVA RICORRENTE, EP ATTUALE MEDIA GRAVITÀ", "SD SOMATOFORME DOLORE PERSISTENTE", "ULTIMA DOMANDA AI INOLTRATA IN DATA 31.5.2021", che la ricorrente è parzialmente abile nello svolgimento delle faccende domestiche (pulizie domestiche, lavori di bucato e stiratura, fare la spesa, preparare pasti) e, rispondendo alla domanda "Se parzialmente [in grado di svolgere le faccende domestiche, n.d.r.] in quale misura?", "GRAVEMENTE COMPROMESSA", con prognosi sfavorevole. A tal proposito questo Giudice può far proprio quanto rettamente osservato dall'Ufficio AI nella risposta di causa: "[...] detto documento non è [...] influente ai fini della presente disputa poiché è anteriore alle visite peritali del 23 settembre 2022 e 14 ottobre 2022 effettuate dalla [...] dr.ssa _____ e poiché nell'istruttoria [...] è stato valutato che l'assicurata – da sana – sarebbe stata salariata in misura piena ex art. 24 septies cpv. 2 lett. a OAI" (cfr. supra consid. 1.7.). A ciò si aggiunga il fatto che la curante psichiatra non si è mai confrontata con le conclusioni peritali. Per quanto attiene alla documentazione prodotta nelle more del ricorso (VIII, allegati 1-10), ad eccezione del modulo "Accertamento medico per il rimborso delle spese di aiuto domestico nell'ambito delle prestazioni assistenziali" di cui si è già detto sopra, l'insorgente ha prodotto generici certificati dei curanti (molti dei quali precedenti alla perizia pluridisciplinare) attestanti incapacità lavorative senza alcun confronto con le conclusioni peritali e, pertanto, irrilevanti, essendo frutto di una valutazione "a compartimento stagno". Si rammenta, nuovamente, che il in caso di lite l'opinione dei curanti, anche se specialisti, ha portata limitata (cfr. supra consid. 2.5.). Visto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dalla ricorrente in questa sede è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni peritali di cui al referto del 20 dicembre 2022 (cfr. supra consid. 1.3.) e del relativo complemento del 14 giugno 2023 (cfr. supra consid. 1.5.), che vanno integralmente confermate. 2.7. La ricorrente contesta la valutazione economica operata dall'Ufficio AI, contestando la mancata riduzione sociale dal reddito statistico da invalido (cfr. supra consid. 1.6.). La domanda a sapere se occorre operare una riduzione percentuale dal reddito da invalido è una questione di diritto, liberamente verificabile dal giudice delle assicurazioni sociali (pro multis DTF 146 V 16 consid. 4.2. con rinvii giurisprudenziali). Una riduzione dettata dagli impedimenti fisici si giustifica solo se anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli

impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (STF 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento, 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2., 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4, 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4, 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; Bernasconi, 8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75, in SZS 1/2021 n. 49). In concreto la consulente in integrazione ha rilevato un ventaglio sufficientemente ampio di attività semplici leggere che la ricorrente potrebbe svolgere nonostante l'incapacità lavorativa accertata ed i limiti funzionali rilevati dai periti (docc. 109 e 178 incarto AI), conformemente alla giurisprudenza topica (cfr. supra consid. 2.5.). Pertanto, il fattore di riduzione per attività leggera è fuori discussione. Il fattore "Tasso d'occupazione" (svantaggio dovuto al lavoro a tempo parziale) è in casu irrilevante, l'incapacità lavorativa accertata ripercuotendosi sul rendimento, non sulla presenza (cfr. supra consid. 1.3.). Nessuna riduzione può essere concessa a motivo dei limiti funzionali, essendo essi stati rilevati in sede medica e tenuti in considerazione dalla consulente in integrazione (cfr. supra consid. 1.3.; docc. 109 e 178 incarto AI). Per quanto attiene al fattore "Età e anni di servizio", come rettamente rilevato dall'Ufficio AI " Il discapito economico dovuto al limitato numero di anni di servizio è ininfluenza in quanto il tempo necessario al raggiungimento dei redditi mediani si riduce a pochi anni. Quindi, nel caso concreto, una riduzione del reddito ipotetico da invalido non è giustificata " (doc. 107, pag. 655 incarto AI). Pertanto, la censura della ricorrente non ha pregio. 2.8. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.9. Come accennato (cfr. supra consid. 1.6.), con il ricorso la ricorrente ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio e la nomina di un avvocato, producendo il relativo il certificato municipale (cfr. supra consid. 1.8.). 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. Giusta l'art. 28 cpv. 1 Lptca, quando il Giudice ritiene che la persona non è capace di proporre e discutere con la necessaria chiarezza la propria causa, la diffida a munirsi entro breve termine di un patrocinatore, con la comminatoria della designazione di un patrocinatore d'ufficio. 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. Nel caso in disamina, pervenute il progetto di decisione del 20 gennaio 2023 (doc. 112 incarto AI), RI 1 ha chiesto delle proroghe per presentare le osservazioni avverse al preavviso (docc. 114, 162 e 163 incarto AI), comprendendo quindi le tempistiche della procedura. Ella ha chiesto (e ottenuto) l'autorizzazione per accedere alla registrazione sonora delle visite peritali (docc. 116 e 117 incarto AI), insistendo nel ricevere personalmente – e non per il tramite del curante dr. _____ – i referti peritali (docc. 120, 122 e 136 incarto AI) e l'esposizione del metodo di calcolo (doc. 121 incarto AI). L'assicurata ha inoltre presentato, entro il termine prorogato, le osservazioni del 21/23 aprile 2023 con allegate le refertazioni in contrasto con le conclusioni peritali e che, a mente sua, erano idonee a sconfessare queste ultime (docc. 164 e 167 incarto AI). Dopo aver ricevuto la decisione del 19 settembre 2023 (doc. 179 incarto AI), l'assicurata aveva inizialmente conferito mandato alla _____ di difendere i suoi interessi in prospettiva di un ricorso (docc. 190 e 191

incarto AI), mandato poi revocato (doc. 195 incarto AI). L'assicurata ha successivamente presentato tempestivo ricorso contro la decisione negativa dell'Ufficio AI, individuando i due aspetti afferenti alla valutazione medica e a quella economica che a suo dire non erano stati debitamente vagliati dall'amministrazione, formulando chiare domande di causa, chiedendo l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio e la nomina di un avvocato (cfr. supra consid. 1.6.) ed inviando il certificato municipale per l'ammissione all'assistenza giudiziaria (cfr. supra consid. 1.8). Nella presente procedura la ricorrente ha altresì prodotto refertazioni mediche dei curanti in contrasto con le conclusioni peritali in punto alla capacità lavorativa residua (cfr. supra consid. 1.9.). Tutto bene considerato, questo Giudice constata che la ricorrente ha dimostrato di saper difendere adeguatamente i propri interessi senza che si rendesse necessaria la nomina di un patrocinatore d'ufficio ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 Lptca (in tema cfr. STCA 38.2023.62 del 15 gennaio 2024 consid. 2.1. con molteplici rinvii giurisprudenziali). Pertanto, la richiesta di designazione di un avvocato d'ufficio va respinta. Per quanto attiene all'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, non essendo la ricorrente patrocinata in causa, va esaminata esclusivamente la domanda d'assistenza giudiziaria. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (art. 29 cpv. 3 prima frase Cost.; artt. 2 e 3 cpv. 3 LAG; DTF 124 V 301 consid. 6.). 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 (STF 2C_849/2013 del 30 dicembre 2013 consid. 4.2. con rinvii giurisprudenziali), sulla base degli atti all'inserto e per i motivi esposti ai considerandi 2.6.1.-2.7., la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria deve essere respinta.

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