

## **TI\_GERICHTE 32.2023.41 vom 2. Oktober 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-10-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.41)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.41 du 2 octobre 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.41 del 2 ottobre 2023

### **Regeste**

Misure di reinserimento. Ufficio AI si è basato sull'esito dello stage per determinare grado inabilità lavorativa, ma consulente in integrazione ha mal compreso il relativo rapporto. Numerosi errori e discrepanze nelle conclusioni tratte, anche da SMR. Rinvio atti a UAI per esperire perizia psichiatrica

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ore al giorno per quattro giorni alla settimana, con l'obiettivo di provare ad aumentare gradualmente la percentuale di lavoro. Inoltre, le attività svolte sono consistite nel carteggio a mano di due tavolini, nell'utilizzo del seghetto alternativo per ridefinire gli angoli dei tavoli, nell'utilizzo del trapano, nella verniciatura del legno, nel disegnare con acquarello e matite colorate e nella creazione di mobili partendo da alcuni pezzi di legno. Al termine degli ulteriori sei mesi di stage, il 7 settembre 2021 (doc. 43) è stato steso il rapporto conclusivo secondo le stesse modalità del precedente. Sulla prima pagina, oltre ai dati sulla formazione professionale, sull'ultimo impiego, sulla misura e sugli obiettivi del percorso, è indicato quanto segue: "Luogo di lavoro: Atelier \_\_\_\_\_ Dal: 04.12.2020 Al: 03.09.2021 Presenza lavorativa: 50% Capacità lavorativa (rispetto tempo pieno nell'economia libera): 30% Modalità di stage: Dal 04 dicembre 2020 al 03 settembre 2021, la Sig.ra PI 1 ha svolto uno stage presso il nostro atelier di \_\_\_\_\_ ed è stata seguita e sostenuta dal Sig. (...). Siamo partiti con una percentuale di lavoro ridotta: 30%, 3h al giorno i LU-MA-GIO-VE (ME pausa), con l'obiettivo di provare ad aumentare gradualmente la percentuale di lavoro. A partire dal 01.06.21 è stato possibile aumentare al 40% inserendo un giorno pieno a settimana (GIO). In seguito, dal 01.07.21, la percentuale è salita al 50% con 2 giorni pieni a settimana (LU e GIO). La prova lavorativa si è conclusa con un "metà tempo" dov'è stata misurata una resa massima dell'80%. (...) Stato di salute: (...) Com'era stato concordato durante l'incontro presso la Fondazione \_\_\_\_\_, dal 01.07.21, il tempo di lavoro è passato dal 40% al 50% in modo da valutare la tenuta e la resa dell'assicurata in vista di una possibile introduzione presso la struttura protetta che, di fatto, richiede una presenza minima del 70-80%. Tuttavia, aumentando la presenza è stata riscontrata una resa minore e un bisogno più frequente di fare delle pause, soprattutto durante le mattine in quanto più stanca. Secondo il MSP, il ritmo di lavoro è migliorato, ma a patto che non vengano svolte troppe attività lo stesso giorno (massimo 2 attività). Introdurre troppi lavori in un giorno solo rischierebbe di confonderla e "bloccarla". Conclusione: Come già menzionato rispetto a un tempo di lavoro del 50%, è stata misurata una resa massima dell'80%. La capacità più alta è stata osservata quando la Sig.ra PI 1 lavorava di pomeriggio, mentre quando il lavoro veniva svolto la mattina o su un giorno intero, sia il ritmo di lavoro che la resa (70%) erano più bassi. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ e il

MSP concordano sul fatto che al momento l'assicurata non sia ancora pronta per un lavoro superiore al 50% e che debba lavorare in un ambiente protetto dove poter svolgere un'attività in un ambito più vicino a quello svolto durante il suo percorso professionale (segretariato). Solo in questo modo, secondo la psichiatra, si potrà valutare in futuro per un eventuale reinserimento a tempo parziale nel mercato libero. In questo momento si sta infatti cercando una nuova attività terapeutica in amministrazione dove poter inserire la Sig.ra PI 1. Prossimamente avremo modo di discutere con un collaboratore della Fondazione \_\_\_\_\_ dove verrà discussa questa possibilità.". Preso atto dei documenti raccolti fino a questo momento, nel suo rapporto del 25 gennaio 2022 (doc. 44) la consulente in integrazione professionale si è così espressa sull'assicurata: "(...) Analisi della reintegrabilità e valutazione attività esigibili adeguate senza (ri)formazione specifica L'ata in questo momento può lavorare al 30% con presenza ridotta nella sua attività abituale. Chiusura del caso o applicazione provvedimenti d'integrazione: motivare la chiusura del caso o il diritto a provvedimenti d'integrazione comprensivo di eventuale calcolo CGR al termine del provvedimento Lata ha svolto le MRE presso l'atelier di \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ dal 04.12.2020 al 03.09.2021. Ha lavorato 3h al giorno con l'obiettivo di aumentare la presenza e la capacità lavorativa. In seguito si è potuto aumentare la presenza fino al 50%. Tuttavia, il 50% non era facile da mantenere, ci sono state assenze importanti. L'attività che ha svolto l'ata sono le seguenti: carteggio a mano di due tavolini, utilizzo del seghetto alternativo per ridefinire gli angoli dei tavoli, utilizzo del trapano, del traforo, attività di verniciatura del legno, creazione di un mobile, un portamatite, un portacandele, e 3 segnalibro. Dalle MRE si evince che l'ata in questo momento non è ancora pronta per un lavoro superiore al 30% (CL). La dottoressa \_\_\_\_\_ sostiene che l'ata è pronta a svolgere un'attività al 30% con presenza ridotta la più vicina alla sua attività abituale (segretariato). L'attività deve essere in un contesto familiare e semi protetto.". Sulla scorta di questa valutazione, tenendo conto di una capacità lavorativa del 30% in attività semplici e ripetitive e del reddito da valida di Fr. 60'000.- che l'assicurata avrebbe potuto conseguire nel 2020, l'Ufficio AI ha calcolato un grado di invalidità del 72% (doc. 47) a decorrere dal 1° settembre 2021, ovvero dal termine delle misure professionali. Il progetto di decisione del 25 aprile 2022 conferma questo diritto, oltre all'attribuzione sempre di una rendita intera già dal 1° ottobre 2020 stante un grado di invalidità dell'80%. Le osservazioni del 24 giugno 2022 (doc. 60) della Cassa pensioni sono state sottoposte al dr. med. \_\_\_\_\_ dell'SMR, il quale il 25 luglio 2022 (doc. 66) si è pronunciato come segue: "(...) Dal punto di vista medico psichiatrico non ho elementi oggettivi che mi consentano di discostarmi dalla precedente presa di posizione del SMR, espressa nel rapporto finale SMR del 23.02.2020. Tuttavia non si evidenziano sostanziali aggiornamenti della documentazione medica da allora, oltre 2 anni fa, fatto salvo un certificato medico del 9.03.2021 (...) del dr. med. \_\_\_\_\_ di IL del 100% dal 05.03.2021 al 12.03.2021. Occorre un aggiornamento degli atti medici.". L'Ufficio AI ha quindi interpellato la dr.ssa \_\_\_\_\_ e sul rapporto medico che ha compilato il 17 settembre 2022 (doc. 71) e ritrasmesso al mittente il 16 novembre 2022 (doc. 72), il dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso il 21 novembre 2022 (doc. 73): " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Nell'ultimo rapporto medico del 17.09.2022 (...) della dr.ssa \_\_\_\_\_, medico psichiatra e psicoterapeuta curante, è descritto uno stato di salute e valetudinario dell'assicurata deficitario, in linea con quanto evidenziato dal servizio di integrazione personale. Allo stato attuale non evidenzio elementi medici oggettivi che consentano di discostarsi dalla precedente presa di posizione dell'Ufficio, che deve quindi essere

confermata. Una modifica dello stato di salute dell'assicurata con ripercussioni sulla sua CL non è prevedibile prima di un anno.". L'indomani (doc. 22), l'amministrazione ha informato la Cassa pensioni di avere aggiornato la documentazione medica e che il caso era stato nuovamente sottoposto al Servizio Medico Regionale " che, dopo accurata analisi, con annotazione del 21.11.2022 conferma la nostra precedente valutazione. Pertanto procederemo con l'emanazione della decisione. ". Il 13 febbraio 2023 (doc. 77) l'interessata ha quindi chiesto all'Ufficio AI la trasmissione della documentazione presente agli atti dal 9 maggio 2022, invio che è avvenuto il 29 febbraio 2023 (docc. 78 e 79) e il 1° marzo 2023 (doc. 80) l'amministrazione ha emesso la decisione con cui ha confermato il progetto di assegnazione di rendita intera dal 1° ottobre 2020. L'Ufficio assicurazione invalidità ha invitato il medico SMR a pronunciarsi sul ricorso della Cassa pensioni contro questa decisione e nelle sue annotazioni del 6 aprile 2023 (doc. IV/1) lo psichiatra ha affermato: " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Dal punto di vista medico psichiatrico confermo il contenuto della annotazione SMR del 21.11.2022. In modo più esplicito si conferma che la capacità lavorativa dell'assicurata sul libero mercato del lavoro corrisponde alla percentuale del 30% in attività adeguate al suo stato di salute a far tempo dal 01.09.2021 ovvero sia dal termine delle misure di reinserimento professionale, che sono coordinate dal Servizio di Integrazione Professionale AI. Allo stato attuale non evidenzio incongruenze nella documentazione che giustifichino la necessità di un accertamento peritale psichiatrico.". Anche la consulente in integrazione professionale, seppur pronunciandosi espressamente il 7 aprile 2023 (doc. IV/2) sul livello di competenze ritenuto per il calcolo del reddito da invalida contestato dalla ricorrente, ha ribadito che: " l'assicurata a causa del problema di salute ed i limiti funzionali che implica la malattia è in grado di svolgere solamente un'attività semplice e ripetitiva vicino alla sua abituale attività di segretario con una capacità lavorativa massima del 30% ". 2.6. Per costante giurisprudenza (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.

### **E. 3.2**

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto

conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto 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, a suo favore (STF 9C\_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 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 Invaliden-versicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, trattandosi delle divergenze di opinione tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" . Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) 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; 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. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie Ed. CFP, 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 quindi 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 attraverso 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 e 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, lo 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 TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 (8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi ( DTF 143 V 409 ), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il

cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata ( cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)) . 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. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai citati giudizi 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 3.5.1 ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto, si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha pure confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 l'Alta Corte ha stabilito che 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. 2.8. Nella presente fattispecie, chiamato a verificare se l'Ufficio AI abbia accuratamente vagliato le condizioni di salute dell'assicurata prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione agli atti questo Tribunale non può confermare l'operato e quindi le conclusioni a cui è giunta l'amministrazione. Ritenendo che l'assicurata non avrebbe potuto meglio valorizzare la sua capacità lavorativa

residua in attività alternative, l'Ufficio AI ha concluso che l'inabilità lavorativa stabilita nell'abituale attività all'80% alla scadenza dell'anno di attesa (22 ottobre 2020) corrisponde al grado di invalidità (80%) e le ha dunque concesso una rendita intera dal 1° ottobre 2020. Dal 1° settembre 2021, conclusi i provvedimenti professionali e riscontrata una capacità lavorativa del 30% in attività semplici e ripetitive, l'Ufficio AI ha calcolato nel 72% la perdita di guadagno, comportante sempre il diritto a una rendita intera di invalidità. Per determinare il grado di abilità lavorativa dell'assicurata l'Ufficio AI si è in sostanza basato sull'esito dello stage di nove mesi che essa ha effettuato presso l'atelier di \_\_\_\_\_.

Tuttavia, la consulente in integrazione professionale, che ha tratto la conclusione secondo cui la capacità lavorativa dell'assicurata sarebbe del 30%, ha indubbiamente mal compreso il contenuto del rapporto conclusivo del 7 settembre 2021 dell'azienda che si è occupata delle misure di reintegrazione. Essa ha anche riportato in modo errato le indicazioni finali della psichiatra curante che era stata espressamente interpellata dalla psicologa del lavoro che ha redatto detto rapporto finale. In effetti, come riportato al considerando 2.5, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha affermato come " l'assicurata non sia ancora pronta per un lavoro superiore al 50% " (doc. 43), mentre la consulente ha indicato che " La dottoressa \_\_\_\_\_ sostiene che l'ata è pronta a svolgere un'attività al 30% " (doc. 44). L'errore è evidente. Vero è, invece, che la psichiatra curante ha dichiarato che l'assicurata " debba lavorare in un ambiente protetto dove poter svolgere un'attività in un ambito più vicino a quello svolto durante il suo percorso professionale (segretariato) " (doc. 43), verosimilmente visto che durante nove mesi ha svolto unicamente attività di tipo manuale malgrado i 21 anni come impiegata d'ufficio in banca. Non si capisce, inoltre, da dove è stata tratta la conclusione che " L'ata in questo momento può lavorare al 30% con presenza ridotta nella sua attività abituale " e che " Dalle MRE si evince che l'ata in questo momento non è ancora pronta per un lavoro superiore al 30% (CL) ". Infatti, sia i nove mesi di stage non avevano nulla a che vedere con la sua attività abituale - di tipo amministrativo e non manuale -, ciò che significa che non è stata valutata la sua abilità nella normale attività esercitata fino all'insorgenza del danno alla salute, sia nel rapporto conclusivo non è spiegato chiaramente come si è giunti a stabilire nel 30% detta capacità lavorativa. Certo, nella tabella della prima pagina del rapporto conclusivo, come ha sottolineato l'Ufficio AI (doc. IV pag. 3), è sì indicato che la " Capacità lavorativa (rispetto tempo pieno nell'economia libera): 30% " (doc. 43), ma anche che la " Presenza lavorativa: 50% " (doc. 43), ciò che non corrisponde affatto alla realtà. Infatti, poco sotto, nello stesso rapporto, è scritto chiaramente che dal 4 dicembre 2020 al 31 maggio 2021 l'assicurata ha partecipato al programma di reinserimento professionale nella misura del 30%, ovvero con tre ore al giorno sull'arco di 4 giorni. Dopodiché, durante il mese di giugno 2021 la sua presenza è aumentata al 40% e soltanto dal 1° luglio al 3 settembre 2021 è stata del 50%. L'aver frequentato a metà tempo le misure di reinserimento durante due mesi non può certo portare alla conclusione che dal 4 dicembre 2020 al 3 settembre 2021, come risulta dal predetto rapporto, la presenza lavorativa dell'assicurata sia stata del 50%. Va ancora evidenziato che poiché la dr.ssa \_\_\_\_\_, interpellata espressamente, ha ritenuto che l'assicurata non era pronta per lavorare più del 50% del tempo, se dunque la psicologa del lavoro ha invece valutato che la capacità lavorativa dell'interessata, rispetto a un tempo pieno, doveva essere stabilita nel 30%, allora essa doveva forzatamente motivare questa sua conclusione, mentre ciò non è avvenuto. L'indicazione, generica, che la capacità lavorativa era del 30% non è dunque sufficiente, non confrontandosi minimamente con le constatazioni riportate nel medesimo rapporto conclusivo. Non può infatti essere ignorato che per un mese, su nove,

l'assicurata ha lavorato in ragione del 40% rendendo al 100% e per due mesi del 50%, seppure la resa massima sia stata dell'80%, ma generalmente del 70%. Anche volendo tenere conto di queste percentuali, ossia che, riportate su un'attività al 100%, la capacità di lavoro diventa del 40% (50% x 80%) o del 35% (50% x 70%), e sommandola ai sei mesi in cui l'assicurata ha lavorato al 30%, non si giunge comunque a una capacità lavorativa matematica complessiva del 30%, ma semmai superiore (35%). Se, per contro, questo grado di capacità deriva dalla resa del 70% per un tempo di lavoro al 50%, si osserva che si tratta allora di un'incapacità lavorativa del 30% e non di una capacità. In conclusione, per il TCA il rapporto conclusivo del 7 settembre 2021 redatto da \_\_\_\_\_, non essendo chiaro, completo né privo di contraddizioni, non può come tale essere posto alla base della valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata dal 1° settembre 2021. Di conseguenza, la fissazione della capacità lavorativa dell'assicurata nel 30% posta dalla consulente in integrazione professionale, la quale, verosimilmente, si è basata sul dato inserito nella tabella alla prima pagina del rapporto conclusivo del 7 settembre 2021 e, certamente, visto che le ha riportate, sulle affermazioni della psichiatra curante che, però, come visto, divergono chiaramente da quanto da quest'ultima effettivamente valutato in merito alla determinazione della capacità lavorativa dell'interessata, non può perciò essere validamente ritenuta per stabilire il diritto alle prestazioni di PI 1. Inoltre, va evidenziato che i medici non sono vincolati dai risultati di uno stage di riqualificazione. I dati medici permettono in effetti generalmente un apprezzamento più oggettivo del caso e prevalgono, di principio, sulle constatazioni effettuate durante uno stage di osservazione professionale, suscettibili di essere influenzate da elementi soggettivi legati al comportamento dell'assicurato (STF 8C\_370/2022 del 1° marzo 2023, consid. 5.4; STF 9C\_343/2020 del 22 aprile 2021, consid. 6.1; STF 9C\_65/2019 del 26 luglio 2019, consid. 5). 2.9. Il Tribunale osserva che il dottor \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è inizialmente basato sulla valutazione che il 13 luglio 2020 il collega dr. med. \_\_\_\_\_ ha eseguito sull'interessata per conto dell'assicuratore malattia che si era assunto il caso di inabilità lavorativa dovuta all'episodio depressivo grave insorto nell'ottobre 2019. A quel momento, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che " la capacità lavorativa massima non è superiore al 20% ma potrà essere migliorata con adeguati provvedimenti di reinserimento fino al raggiungimento di una capacità lavorativa ≥ 50% in 6 mesi, 1 anno, provvedimenti che potranno essere attuati in sede AI " (doc. 93). Nel rapporto finale del 23 settembre 2020 (doc. 18), il medico SMR ha fatto proprio il suggerimento dato dallo psichiatra di fiducia della Cassa malati di reinserire l'assicurata nel mondo del lavoro con adeguati provvedimenti. L'Ufficio AI le ha concesso 9 mesi di stage presso l'atelier di \_\_\_\_\_ e al termine di queste misure di reinserimento professionale l'ha ritenuta abile al lavoro al 30% in attività adeguate. Questo dato contrasta però con la successiva annotazione del medico SMR, che il 25 luglio 2022 (doc. 66) ha affermato di non avere elementi oggettivi per scostarsi dalla sua precedente presa di posizione del 23 febbraio ( recte : settembre) 2020 che, benché avesse stabilito un'incapacità lavorativa dell'80%, aveva però anche indicato come fosse possibile che, in 6-12 mesi, con adeguate misure di reintegrazione l'assicurata raggiungesse almeno una capacità lavorativa del 50%. Anche nell'annotazione del 21 novembre 2022 (doc. 73) il Servizio Medico Regionale ha rinviato alla precedente presa di posizione, confermandola, non intravedendo una modifica dello stato di salute dell'assicurata con ripercussioni sulla sua capacità lavorativa non prima di un anno, sebbene il programma di reinserimento fosse ormai terminato da oltre un anno. Pure questa presa di posizione si discosta dal suo rapporto finale SMR del settembre 2020, a cui, invece, egli rinvia. Inoltre, considerato che il dottor \_\_\_\_\_ ha ritenuto che lo stato

di salute e valetudinario deficitario che la psichiatra curante ha descritto nel suo rapporto del 17 settembre 2022 (doc. 71) era " in linea con quanto evidenziato dal servizio di integrazione personale ", queste sue conclusioni perdono forza probatoria, dato che il parere del Servizio integrazione professionale è discordante e non poggia su un valido sostrato. Anche l'ultima presa di posizione del 6 aprile 2023 (doc. IV/1) del Servizio Medico Regionale, espressa pendente causa, con cui lo psichiatra ha confermato che la capacità lavorativa dell'assicurata sul libero mercato del lavoro corrisponde alla percentuale del 30% in attività adeguate al suo stato di salute a decorrere dal 1° settembre 2021, non può essere tutelata dalla scrivente Corte, non essendovi alcun elemento chiaro, certo e convincente a suo supporto. Pure non condivisibile è la conclusione dell'SMR secondo cui non sono emerse incongruenze dagli atti che giustifichino di dovere esperire un accertamento peritale psichiatrico. D'un canto, infatti, il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva ritenuto nel 2020 un'incapacità lavorativa dell'80% riducibile al 50% dopo le misure di reinserimento. Dall'altro, la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 17 settembre 2022, ha valutato che l'assicurata non era in grado di svolgere un'attività lavorativa e l'ha ritenuta inabile al 100%, mentre un anno prima aveva affermato che l'assicurata non era ancora pronta per lavorare più del 50%, ciò che significa che era in grado di esercitare un'attività lucrativa a metà tempo. Per il TCA, le numerose discrepanze rilevate e il fatto che non vi sia una valutazione medica psichiatrica recente agli atti che si pronuncino in modo completo e dettagliato sullo status e sul grado di capacità lavorativa dell'assicurata in attività abituale di impiegata d'ufficio e in altre adeguate al suo stato di salute dopo i nove mesi del provvedimento di reintegrazione professionale - la valutazione del dr. \_\_\_\_\_, seppur chiara, completa e affidabile, risale tuttavia agli inizi dell'incapacità lavorativa dell'assicurata e fa comunque soltanto una previsione, e non accerta quindi, su quella che può essere la capacità lavorativa dell'interessata dopo l'espletamento di un periodo di reinserimento professionale -, fa sì che vi sia una lacuna nella trattazione della domanda di prestazioni dell'assicurata. Questa lacuna va indubbiamente colmata con l'erezione di una perizia specialistica in campo psichiatrico. 2.10. Di norma, l'incanto può essere rinviato all'Ufficio AI ( DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (" Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen "; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali 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 32.2021.13 del 26 aprile 2021; STCA 32.2017.203 del 22 ottobre 2018; STCA 32.2017.129 del 3 aprile 2018) . Ricordato che determinante è il momento dell'emanazione della decisione impugnata, che limita il potere cognitivo temporale del giudice delle assicurazioni sociali (STF 8C\_329/2017 del 5 settembre 2018, consid. 3.2), questo Tribunale, riscontrata quindi una lacuna istruttoria che non permette di pronunciarsi sulla capacità lavorativa dell'assicurata con attinenza al suo stato di salute, e di conseguenza sulla determinazione del grado di invalidità conformemente all'art. 28a cpv. 1 LAI e all'art. 16 LPG, ritiene che l'intera situazione debba dunque essere meglio chiarita e indagata da specialisti del ramo. 2.11. Alla luce di quanto ritenuto, si giustifica l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'amministrazione per chiarire la capacità medico-teorica dell'insorgente dal 2020 in

attività abituale e adeguate mediante ulteriori accertamenti medici specialistici in ambito psichiatrico. Ciò stante, l'evasione della censura riguardante il calcolo economico della perdita di guadagno dell'assicurata, e meglio a sapere quale livello di competenze ritenere nella determinazione del reddito da invalido, è quindi prematura. In esito a tali nuovi accertamenti, l'amministrazione dovrà in seguito emettere una nuova decisione, preceduta dal relativo preavviso giusta l'art. 57a LAI, in merito all'eventuale diritto alla rendita di PI 1. Annullata di conseguenza la decisione contestata, il ricorso va accolto. Benché vincente e patrocinato da una società di consulenza in materia di prestazioni assicurative, l'istituto di previdenza ricorrente non ha diritto a ripetibili. Infatti, conformemente alla giurisprudenza, nessuna indennità per ripetibili è di regola assegnata alle autorità vincenti o agli organismi con compiti di diritto pubblico (DTF 128 V 133; DTF 126 V 149 consid. 4; DTF 118 V 169 consid. 7; STFA B 5/98 del 3 aprile 2000 consid. 3d/cc = SZS/RSAS 2001 pag. 174; per le eccezioni: DTF 112 V 362; RAMI 1992 pag. 164; STCA 32.2013.218 del 6 maggio 2014; STCA 32.2013.155 del 10 febbraio 2014). 2.12. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.- vanno poste a carico dell'amministrazione.

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo ( RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (=

SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C\_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C\_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.

#### **E. 4.4**

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "

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