

TI_GERICHTE 32.2024.47 vom 21. Mai 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-05-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.47

FR: TI_GERICHTE 32.2024.47 du 21 mai 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.47 del 21 maggio 2024

Erwägungen

E. 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. Per contro, se l’eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, al momento della presentazione della nuova domanda nel corso del mese di novembre 2023 l’assicurata non beneficiava di una rendita AI. L’eventuale diritto ad una rendita è nato dopo il 1° gennaio 2022. Nel caso concreto è pertanto applicabile il nuovo diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. 2.2. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 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 questa 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 secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è dunque di carattere giuridico economico e 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%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto un sistema di rendite (relativamente) lineare per la

determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). 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., p. 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 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 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 (DTF 129 V 222).

2.3. Qualora l'amministrazione entra nel merito di una nuova domanda di prestazioni, essa deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGGA, 41 v.LAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 p. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffhauser/ Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, p. 15; DTF 117 V 198). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che " se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. p. 4; RCC 1989 p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che

presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Nel caso di nuova domanda il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione costituisce, dal profilo temporale, è l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (DTF 130 V 71). Tale giurisprudenza è valida anche nel caso di revisione della rendita (DTF 133 V 108).

2.4. Nel caso in esame, con riferimento alla suevocata giurisprudenza secondo cui il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito dall'ultima decisione cresciuta in giudicato, occorre valutare se successivamente alla decisione del 30 maggio 2023 di diniego di prestazioni e sino alla decisione 21 maggio 2024 (che delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (STF 9C_241/2022 del 30 giugno 2022; DTF 144 V 210 consid. 4.3.1, DTF 136 V 24 consid. 4.3, DTF 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii) lo stato di salute della ricorrente sia peggiorato in misura tale da giustificare il diritto alla rendita. In concreto, nell'ambito della precedente procedura, il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 3 gennaio 2023, posta la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, di media gravità (ICD 10 F33.1) e senza influenza sulla capacità lavorativa di cefalea cronica ed indicato quale limite funzionale un lieve rallentamento e momenti di indecisione e procrastinazione che rendono verosimile una limitazione non superiore al 20% nelle mansioni consuete, ha proposto di procedere, a conferma della sua valutazione, ritenuta la qualifica di casalinga dell'interessata, con un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, da cui è emerso un grado d'invalidità del 5% (pag. 138-140 e 142-150 incarto AI). In seguito alla nuova domanda di prestazioni, il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver ricevuto un certificato medico del dr. med. _____, FMH chirurgia e medicina generale, del 29 novembre 2023, e del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 28 novembre 2023, ha deciso per l'entrata in materia (pag. 190 incarto AI). Interpellato in merito, il dr. med. _____, il 16 febbraio 2024 ha precisato che l'insorgente è casalinga al 100% dal 2026 (recte: 2016), nota per cefalee tensivo invalidanti e per un disturbo dell'equilibrio con vertigini posizionali. Ella è inoltre seguita dal dr. med. _____, FMH specialista in psichiatria e psicoterapia a causa di una sindrome depressiva ricorrente con episodi di gravità media (ICD 10 F33.1), associata a cefalee ricorrenti. Il curante ha attestato una incapacità lavorativa del 50% da diversi anni. Il dr. med. _____ ha precisato che la ricorrente in media esegue una visita annuale presso il suo studio e che essa viene piuttosto seguita dal dr. med. _____ che le somministra una terapia ansiolitica ed esegue consulti mensili. Il curante ha prodotto numerosi certificati medici risalenti agli anni dal 2011 al 2021, antecedenti alla crescita in giudicato della precedente decisione del 30 maggio 2023. Da parte sua il dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, l'11 marzo 2024, ha affermato: " (...) La paziente a margine è in cura presso il mio studio medico dal 2014 a tuttora regolarmente a causa di un disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F33.1) essa soffre inoltre di una cefalea ricorrente da diverso tempo a volte resistente anche ai farmaci. Si tratta di una 38enne, coniugata, madre di tre figli, che

ormai già da diverso tempo non riesce a gestire la sua vita quotidiana in modo costante vista la persistenza della sua sintomatologia depressiva. Purtroppo negli anni persiste un conflitto coniugale che non aiuta a migliorare il suo stato psicofisico. La paziente malgrado sia seguita regolarmente presso il sottoscritto ed è al beneficio di una psicofarmacoterapia la sua incapacità lavorativa nella misura del 50% permane tuttora. È al beneficio di una psicofarmacoterapia a base di: Saroten 50mg, Paroxetina 20 mg, Dalmadorm 30 mg, Tebokan 400 mg X2 al die. Persistono stati d'ansia, umore depressivo, tendenza al pianto e all'isolamento con varie somatizzazioni a volte con attacchi di panico. Dal punto di vista psichiatrico vista la sua età relativamente giovane, ho sempre confermato la sua abilità lavorativa nella misura del 50%, purtroppo non essendo in possesso di alcuna formazione non è riuscita a trovare il giusto impiego. La sua capacità lavorativa rimane nella misura del 50%." (pag. 225 incarto AI) Il 3 aprile 2024 il medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: " (...) Ho preso visione dei referti del Dr. _____ del 11.03.2024 rispettivamente Dr. _____ del 16.02.2024 con allegata documentazione relativa ad accertamenti eseguiti tra il 2011 e il 2021: si tratta di certificazioni che riportano le stesse informazioni già contenute nei rapporti AI pervenuti dagli stessi medici nel 2022 ed antecedenti all'inchiesta a domicilio chiusa il 21.03.2023. In assenza di fatti medici oggettivi nuovi rispettivamente di modificazioni significative di fatti noti rimane valido il rapporto SMR del 03.01.2023 rispettivamente il risultato della successiva inchiesta a domicilio." (pag. 226 incarto AI) Con il ricorso la ricorrente ha prodotto un referto del 28 maggio 2024 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " (...) Si certifica che la paziente a margine è seguita regolarmente presso il mio studio medico dal 2014 a tuttora a causa di una sindrome depressiva ricorrente attualmente di gravità media (ICD-10 F33.1). Si tratta di una 37enne coniugata, madre di tre figli che oltre alla sua depressione soffre di una cefalea persistente, accompagnata da vertigini e problemi di equilibrio è seguita dal medico curante Dr. _____ che mi legge in copia. Dal mese di luglio 2023 la situazione psicofisica della paziente è peggiorata, essa fa fatica a gestire la sua vita quotidiana ed occuparsi di tre figli, spesso è molto ansiosa con umore depressivo, importanti disturbi del sonno e tendenza all'isolamento con una serie di disturbi neurovegetativi accompagnati da attacchi di panico, soffre inoltre di un'importante tensione endopsichica con importanti somatizzazioni e vari dolori, malgrado la regolare presa a carico e l'assunzione di importanti psicofarmaci la sua sintomatologia è peggiorata tanto da prendere in considerazione un ricovero ospedaliero presso una clinica specializzata. Prendendo in considerazione anche i suoi disturbi organici è auspicabile prendere una nuova decisione per quel che riguarda la sua pratica d'invalidità. Visto il peggioramento la sua inabilità lavorativa puramente dal punto di vista psichiatrica è nella misura del 70%. Terapia in corso: Saroten 50 mg 0-0-1, Paroxetina 20 mg 1-0-0, Dalmadorm 30 mg 0-0-0-1, Tebokan 400 mg x2 al die, Topamax 50 mg 1-0-1" (doc. B) Il 24 giugno 2024 il medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: " (...) Si tratta di un'assicurata considerata casalinga 100% e valutata tramite inchiesta a domicilio del 21.03.2023. In data 03.04.2024, avevo già considerato i referti del Dr. _____ del 11.03.2024 rispettivamente Dr. _____ del 16.02.2024 con allegata documentazione relativa ad accertamenti eseguiti tra il 2011 e il 2021: si trattava di certificazioni che riportano le stesse informazioni già contenute nei rapporti AI pervenuti dagli stessi medici nel 2022 ed antecedenti all'inchiesta a domicilio chiusa il 21.03.2023. Ora, in data 28.05.2024, il Dr. _____ ripete le stesse considerazioni espresse il 11.03.2024 modificando l'inabilità lavorativa dal 50% al 70%

senza motivazioni oggettivabili. In assenza di fatti oggettivi o oggettivabili nuovi, confermo la mia annotazione del 03.04.2024” (doc. VIII/1) 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.

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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag.

109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). Rimangono riservati i casi in cui questi evidenzino elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia e sufficientemente pertinenti per imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta (cfr. fra tante, sentenza 8C_21/2024 del 24 giugno 2024, consid. 5.2; sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 con riferimenti alle sentenze 8C_267/2023 del 17 novembre 2023 consid. 3.2; 8C_33/2023 del 12 settembre 2023 consid. 3.2). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il 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; 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. D. 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 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 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 TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale 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). In tali 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. 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. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è 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 TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 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 (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una 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 confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), 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 il TF 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. 2.7. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti non ha alcun motivo per scostarsi dalle valutazioni del medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. La documentazione prodotta dalla ricorrente ed acquisita dall'amministrazione non è infatti atta a comprovare, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante, una modifica rilevante dello stato di salute dell'interessata con influsso sulla sua capacità di svolgere le mansioni consuete di casalinga, statuto non messo in discussione dall'assicurata (cfr. anche pag. 144 incarto AI), né sulla sua capacità lavorativa. Innanzitutto non può essere d'aiuto alla ricorrente quanto attestato dal curante, dr. med. _____, FMH chirurgia e medicina generale, il 29 novembre 2023 (pag. 187 incarto AI) ed il 16 febbraio 2024 (pag. 203 e seguenti incarto AI). Nel primo referto il generalista si limita a descrivere una situazione già conosciuta: - presenza di cefalee tensive associate a crisi di vertigini/sensazione di instabilità (cfr. valutazione del dr. med. _____, FMH neurologia, del 5 febbraio 2016 [pag. 125 incarto AI] e del 12 aprile 2018 [pag. 45-48 incarto AI] e referto del 25 aprile 2018 del dr. med. _____, FMH neurologia [pag. 63 incarto AI]), - controlli neurologici nella norma (cfr. pag. 125 e 45-48 incarto AI), - controlli ORL che hanno evidenziato vertigini soggettive su disfunzione vestibolare sinistra in paziente emicranica (cfr. valutazione del 6 febbraio 2018 del dr. med. _____, FMH otorinolaringoiatria pag. 10-12 incarto AI), - tendente alla ipotensione ortostatica, assume effartil in gocce (indicato per aumentare la pressione del sangue in caso di ipotensione ortostatica e la cui assunzione era già stata rilevata il 21 novembre 2017 dal dr. med. _____; pag. 64 incarto AI) e Topamax al bisogno (cfr. anche valutazione del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia dell'8 febbraio 2018, pag. 15 incarto AI), senza indicare alcun elemento medico oggettivo in relazione con l'asserito peggioramento dello stato di salute dell'insorgente. Nel rapporto del 16 febbraio 2024 il dr. med. _____, rispondendo ai quesiti posti dall'UAI, ribadisce la presenza di patologie già esaminate nell'ambito delle precedenti procedure, riferendo che " la paziente è nota per delle cefalee tensive invalidanti e per un disturbo dell'equilibrio con vertigini posizionali " e che è seguita dal dr. med. _____ a causa di una sindrome depressiva ricorrente con episodi di gravità media (ICD 10 F33.1) associata a cefalee ricorrenti e rileva che " la sua inabilità lavorativa, da diversi anni è nella misura del 50% " (sottolineatura del redattore; pag. 203 incarto AI). Inoltre, il medico curante afferma che l'insorgente in " media esegue (ndr: solo) una visita annuale presso il mio studio " (sottolineatura del redattore) ed allega referti medici già prodotti ed esaminati nelle procedure sfociate nelle decisioni del 17 ottobre 19 e 30 maggio 2023, cresciute

incontestate in giudicato (pag. 205-209 incarto AI = pag. 50-54 incarto AI; pag. 212-216 incarto AI = pag. 127-131 incarto AI; pag. 210-211 [esami del 7 novembre 2017 del dr. med. _____ in sostanza citati dal medesimo medico nel suo referto del 6 febbraio 2018, pag. 10-12 incarto AI). Per quanto concerne la patologia psichiatrica, il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nei referti del 28 novembre 2023 (pag. 188 incarto AI) e dell'11 marzo 2024 (pag. 225 incarto AI), pone la nota diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attualmente di gravità media (ICD – 19 F33.1), con cefalee ricorrenti, già presa in considerazione dal medico SMR, dr. med. _____, nel rapporto finale del 3 gennaio 2023 (pag. 138 incarto AI) e descrive la conosciuta situazione familiare della ricorrente, attestando, malgrado l'indicazione di un peggioramento dello stato di salute, una incapacità lavorativa del 50%, come già certificato anche nelle precedenti procedure (pag. 15-16 e 115-116 incarto AI). Lo specialista sostiene che dal mese di luglio 2023 la situazione psicofisica della ricorrente è peggiorata, poiché fa fatica a gestire la sua vita quotidiana ed occuparsi dei tre figli, spesso è molto ansiosa con umore depressivo, importanti disturbi del sonno e tendenza all'isolamento con una serie di disturbi neurovegetativi accompagnati da attacchi di panico. L'11 marzo 2024 ha aggiunto che “ persistono stati d'ansia, umore depressivo, tendenza al pianto e all'isolamento con varie somatizzazioni a volte con attacchi di panico .” Il curante, tuttavia, non apporta alcun elemento medico oggettivo a fondamento delle sue affermazioni. In particolare non allega alcun test specifico atto a comprovare l'asserito peggioramento valetudinario, ma fa valere una situazione in gran parte già descritta in occasione dell'ultima procedura, nel referto del 17 ottobre 2022 (pag. 112-116 incarto AI), laddove aveva affermato che l'interessata era affetta da “ stati d'ansia, angoscia accompagnati da un cambiamento del tono dell'umore a volte anche da attacchi di panico, importanti disturbi del sonno e vari dolori e disturbi sottoforma di somatizzazioni, dolori alla colonna vertebrale con cefalea ricorrente ” (pag. 115 incarto AI). Dopo l'emissione della decisione impugnata lo psichiatra curante ha prodotto un certificato medico del 28 maggio 2024, dove fa valere un ulteriore peggioramento dello stato di salute della ricorrente, la quale, in uno scritto del 2 luglio 2024, sostiene pure di aver avuto un aggravamento delle patologie somatiche, laddove afferma che ha perso peso e che uno specialista neurologo le ha proposto di prendere il medicamento Dopamax. Questo Tribunale da una parte rammenta che di principio è la data della decisione impugnata (in concreto il 21 maggio 2024) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pag. 411; STF 9C_241/2022 del 30 giugno 2022; STF 8C_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Un eventuale peggioramento dello stato di salute oggettivato successivamente al 21 maggio 2024 deve pertanto essere fatto valere tramite una nuova richiesta di prestazioni. Di conseguenza se la ricorrente ritiene che il suo stato valetudinario si è aggravato, può inoltrare una nuova domanda di rendita. D'altra parte, per quanto concerne la patologia psichiatrica, il dr. med. _____ pur facendo valere un peggioramento dello stato di salute che avrebbe portato ad un'incapacità lavorativa del 70%, descrive una situazione

simile a quella contenuta nei due precedenti referti (“ è molto ansiosa con un umore depressivo, importanti disturbi del sonno e tendenza all’isolamento con una serie di disturbi neurovegetativi accompagnati da attacchi di panico, soffre inoltre di un’importante tensione endopsichica con importanti somatizzazioni e vari dolori ”) e non apporta elementi medici oggettivi (ad esempio tramite test diagnostici) atti a comprovare quanto affermato. Certo, in questa occasione il curante rileva che la situazione “ è peggiorata tanto da prendere in considerazione un ricovero ospedaliero presso una clinica specializzata ”. La degenza, tuttavia, seppure per volontà della ricorrente di rimanere accanto ai figli, non è avvenuta (doc. X “ il dottore mi consiglia di andare per un po’ in clinica, ma non posso lasciare e staccarmi dai figli ”). Quanto all’asserito aggravamento delle patologie somatiche, l’insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medica a comprova del suo dire in relazione alla perdita di peso ed all’assunzione di un nuovo medicamento e non ha comprovato che l’asserito dimagrimento e la proposta di prendere il farmaco Dopamax abbiano un’incidenza rilevante sulla sua capacità di svolgere le mansioni consuete quale casalinga (cfr. l’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica del 21 marzo 2023, pag. 142 e seguenti incarto AI). Va qui rammentato che in DTF 145 V 90, al consid. 3.2 il Tribunale federale ha ribadito che nell’ambito delle assicurazioni sociali la procedura è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti devono essere accertati d’ufficio dall’autorità (art. 43 LPGA). Tuttavia, questa regola non è assoluta. La sua portata è limitata dall’obbligo delle parti di collaborare. Ciò implica l’obbligo per la parte di produrre, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto, le prove atte a comprovare i fatti invocati, ritenuto che in caso contrario l’assicurato deve sopportare le conseguenze dell’assenza di prove. Non avendo prodotto ulteriore documentazione, questo TCA deve concludere che la ricorrente non ha comprovato l’asserito peggioramento del suo stato di salute con incidenza sul grado d’invalidità. 2.8. Alla luce di quanto sopra esposto, questo Tribunale ritiene che secondo il principio della verosimiglianza preponderante, la ricorrente non ha comprovato un peggioramento del suo stato di salute tale da incidere sul grado d’invalidità da ultimo accertato con la decisione del 30 maggio 2023, cresciuta incontestata in giudicato. Se ella ritiene tuttavia che dopo l’emissione della decisione qui impugnata del 21 maggio 2024 vi sia stato un peggioramento del suo stato valetudinario con influenza sulla sua capacità di svolgere le mansioni consuete, può inoltrare una nuova richiesta di prestazioni. 2.9. Secondo l’art. 69 cpv. 1 bis LAI 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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