

GR_GERICHTE S 2022 117 vom 25. April 2023

GR Gerichte, 2023-04-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2022_117

FR: GR_GERICHTE S 2022 117 du 25 avril 2023

IT: GR_GERICHTE S 2022 117 del 25 aprile 2023

Regeste

rendita AI | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Ai sensi dell'art. 69 cpv. 1 lett. a della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20) le decisioni degli uffici AI cantonali sono impugnabili direttamente dinanzi al tribunale delle assicurazioni del luogo dell'ufficio AI. La competenza per materia e per territorio del Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni è data dall'art. 57 della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) e dall'art. 49 cpv. 2 lett. a della Legge sulla giustizia amministrativa (LGA; CSC 370.100). In quanto destinatario formale e materiale della decisione, la ricorrente è particolarmente toccata dalla decisione impugnata, ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica della stessa ed è quindi legittimata a presentare ricorso (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con l'art. 59 LPGA). Sul ricorso tempestivo e presentato nella dovuta forma può perciò essere entrato nel merito (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con gli artt. 60 e 61 lett. b LPGA e con l'art. 38 cpv. 4 lett. a LPGA).

E. 2

Per quanto riguarda il diritto applicabile, va notato che a partire dal 1° gennaio 2022 sono applicabili le disposizioni rivedute della LAI (e della LPGA) e dell'Ordinanza sull'assicurazione per invalidità (OAI; RS 831.201), che prevedono un ulteriore sviluppo dell'AI. Considerata la richiesta di prestazioni AI del 15 aprile 2020 un diritto di rendita AI ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI della ricorrente può nascere al più presto da ottobre 2020 (quindi sei mesi dopo la rivendicazione delle prestazioni), a condizione che l'anno di attesa ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI sia già trascorso. In caso l'anno di attesa finiva il 30 novembre 2020 (cfr. doc. C3 p. 21 convenuto). Quindi in caso, è applicabile ancora il vecchio diritto.

E. 2.1

A A._____ è concesso il gratuito patrocinio (art. 76 LGA). Le spese processuali di CHF 700.00 sono assunte dalla cassa del Tribunale.

E. 2.2

A A._____ è assegnata l'avvocata Nobile-Imberti quale avvocatessa d'ufficio, la quale sarà indennizzata con CHF 3'217.00 (IVA e spese incluse). Le spese ripetibili sono assunte dalla cassa del Tribunale.

E. 2.3

Qualora le sue condizioni di reddito e di sostanza dovessero migliorare, A. _____ è obbligata alla rifusione appena sia in grado di farlo (art. 77 cpv. 1 LGA). 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazione]

E. 3

Nella fattispecie è controverso se l'Ufficio AI ha giustamente negato una rendita AI alla ricorrente reputandola abile al lavoro in misura del 70% sia nell'attività originaria di cameriera sia in un'attività adeguata allo stato di salute basandosi sulla perizia bidisciplinare del SAM del 10 agosto 2021.

- 15 -

E. 4

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto a 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 ai sensi dell'art. 6 LPGGA almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione e (c.) al termine di questo anno è invalido ai sensi dell'art. 8 LPGGA almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui la persona assicurata 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. Come già sopra indicato tale diritto alla rendita, considerata la domanda del 15 aprile 2020 (cfr. doc. 33 convenuto) potrebbe nascere al più presto il 1° ottobre 2020. Secondo l'Ufficio AI la fine del periodo d'attesa di un anno sarebbe qui il 30 novembre 2020, cosicché la ricorrente potrebbe avere diritto alla rendita al più presto da quella data. Gli assicurati con attività lucrativa sono ritenuti invalidi se hanno un danno alla salute fisica, mentale o psichica che provoca un'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGGA) che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 4 cpv. 1 LAI). È considerata incapacità al lavoro 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 d'attività abituale (art. 6 LPGGA). È invece considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata anch'essa da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGGA). Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono

- 16 - considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA). Le difficoltà socio-culturali che influenzano la capacità lavorativa e i fattori psicosociali non costituiscono danni alla salute. Tra i fattori non legati all'invalidità vi sono anche l'aggravamento e la simulazione (cfr. per il tutto UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2020, n. 22 segg. ad art. 7 LPGGA; per l'aggravamento e fenomeni simili cfr. anche DTF 141 V 281 consid. 2.2.1 seg. e DTF 140 V 193 consid. 3.3). Tenor l'art. 28a cpv. 1 LAI per valutare il grado d'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGGA. Secondo tale disposizione il reddito che l'assicurato

invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. L'ammontare della perdita di guadagno determina il grado d'invalidità in percentuale. Se l'assicurato non esercita un'attività professionale (o se deve esser fatta astrazione dal lavoro esercitato) non è possibile raccogliere dei dati esatti ai sensi dell'art. 16 LPGA. Il grado d'invalidità viene ugualmente determinato secondo il metodo abituale del raffronto dei redditi facendo capo a dei dati ipotetici e sommari. Secondo la prassi la valutazione del medico in merito all'esigibilità, e cioè in merito alle attività che l'assicurato, tenuto conto dei suoi disturbi, è ancora in grado di effettuare, ha un ruolo primordiale. Dalla valutazione dell'esigibilità fatta dal medico risultano infatti quali attività entrano ancora in considerazione per l'assicurato malgrado le limitazioni dello stato di salute. Su tali basi deve essere valutato il reddito che l'assicurato potrebbe ancora realizzare (guadagno da invalido). Questo guadagno deve poi essere paragonato

- 17 - con quello che l'assicurato avrebbe ottenuto se non fosse diventato invalido (guadagno senza invalidità). Il risultato dà il grado d'invalidità.

E. 5

Dapprima si ritiene quanto segue riguardo ai principi del diritto probatorio.

E. 5.1

Sia la procedura amministrativa sia quella dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni sono governate dal principio inquisitorio. Secondo questo principio, l'amministrazione e il tribunale devono garantire d'ufficio l'accertamento corretto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti (cfr. art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGA). L'assicuratore sociale quale organo di decisione e, in caso di ricorso, il tribunale possono accettare un fatto come provato soltanto se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali, a meno che la legge non preveda altrimenti, il tribunale deve prendere la sua decisione secondo il grado di prova della probabilità preponderante. La semplice possibilità di una certa circostanza non soddisfa i requisiti della prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire il resoconto dei fatti che considera il più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi. Il principio inquisitorio esclude necessariamente l'onere della prova nel senso di onere di produrre prove, poiché spetta al tribunale delle assicurazioni sociali adito (o all'organo amministrativo chiamato a decidere) raccogliere le prove. Nel procedimento di assicurazione sociale generalmente le parti hanno l'onere della prova solo nella misura in cui in assenza di prove la decisione va a svantaggio della parte che voleva trarre dei diritti dai fatti non provati. Tuttavia, questa regola ha effetto soltanto se nell'ambito del principio inquisitorio si dimostra impossibile, sulla base di una valutazione delle prove, stabilire fatti che abbiano almeno la probabilità di corrispondere alla realtà (sentenza del Tribunale federale 8C_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2 con rinvio alla DTF 138 V 218 consid. 6).

E. 5.2

Il dovere inquisitorio dura fino a quando non vi è sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa. Il principio inquisitorio è

- 18 - strettamente legato al principio della libera valutazione delle prove a livello amministrativo e giudiziario. Se, con una valutazione delle prove completa, accurata, obiettiva e orientata sul contenuto, gli accertamenti da effettuare d'ufficio nell'ambito del principio inquisitorio portano l'assicuratore sociale o il tribunale alla convinzione che un certo fatto è da considerarsi prevalentemente probabile e che ulteriori misure di prova non potrebbero più modificare questo risultato stabilito, la rinuncia all'assunzione di ulteriori prove non costituisce una violazione del diritto di essere sentiti (valutazione anticipata delle prove). Tuttavia, se permangono dubbi significativi sulla completezza e/o sulla correttezza delle constatazioni di fatto finora effettuate, devono essere effettuati ulteriori accertamenti, nella misura in cui dalle ulteriori misure di prova ci si possono ancora attendere nuovi risultati essenziali (cfr. per il tutto la sentenza del Tribunale federale 8C_281/2018 del 25 giugno 2018 consid. 3.2.1). Se l'assicuratore sociale rispettivamente l'amministrazione non ottempera al suo dovere inquisitorio o lo fa solo parzialmente, la causa può essere rinviata per ulteriori accertamenti e seguente nuovo giudizio (cfr. la DTF 132 V 368 consid. 5).

E. 5.3

Per poter valutare lo stato di salute e con questo la questione di quali prestazioni lavorative possano ancora essere pretese dalla persona assicurata, l'amministrazione rispettivamente il tribunale adito in caso di ricorso dipendono da documenti che devono essere allestiti e forniti da medici o eventualmente da altri specialisti, il cui compito consiste nel valutare lo stato di salute e di prendere posizione in merito alla misura in cui e in riferimento a quale attività l'assicurato sia incapace al lavoro. In altre parole sono chiamati a fornire referti, in base a esami medici professionali e tenendo conto dei lamenti soggettivi, e fare una diagnosi basata su questo. In tal modo il perito medico svolge il suo compito originale, per il quale l'amministrazione e il tribunale adito non sono competenti. Nella valutazione delle conseguenze dei danni alla salute costatati per la capacità lavorativa, tuttavia, gli esperti medici non hanno

- 19 - la competenza per esprimere un giudizio conclusivo. Piuttosto forniscono una valutazione dell'incapacità lavorativa che giustificano nel modo più sostanziale possibile dal loro punto di vista. Le informazioni fornite dai medici costituiscono quindi una base importante per la valutazione della questione di quali attività lavorative specifiche ci si può ancora aspettare che l'assicurato svolga (cfr. le DTF 140 V 193 consid. 3.2, DTF 132 V 93 consid. 4 e DTF 125 V 256 consid. 4). Il medico dice in che misura il danno limita la persona assicurata nelle sue funzioni fisiche rispettivamente psichiche, naturalmente si esprime soprattutto in merito a quelle funzioni che secondo la sua esperienza sono fondamentali per le possibilità lavorative che si trovano in primo piano per la persona assicurata (ad esempio se essa possa o debba lavorare stando seduta o in piedi, all'aperto o in locali riscaldati, se possa sollevare o portare carichi). Gli specialisti dell'orientamento professionale dicono per contro quali concrete attività professionali entrano in considerazione, sulla base delle indicazioni mediche e in considerazione delle altre capacità della persona assicurata; a seconda dei casi sono necessari chiarimenti presso il medico.

E. 5.4

Il diritto federale non prescrive come debbano essere valutate le singole prove. Il principio del libero apprezzamento delle prove si applica a tutte le procedure di ricorso amministrativo e giudiziario. Secondo questo principio gli assicuratori sociali e i tribunali delle assicurazioni sociali devono valutare le prove liberamente, cioè senza essere vincolati

da regole formali di prova, così come in modo completo e doveroso. Per la procedura di ricorso ciò significa che il tribunale deve esaminare obiettivamente tutte le prove, indipendentemente da chi le ha fornite, e poi decidere se i documenti disponibili permettono una valutazione affidabile della pretesa giuridica in questione. In particolare, in caso di rapporti medici contrastanti non può decidere il caso senza valutare le prove nel loro insieme e indicare i motivi per cui si basa su una tesi medica piuttosto che sull'altra (DTF 143 V 124 consid. 2.2.2 e DTF 125 V 351 consid. 3a). Quanto alla valenza

- 20 - probatoria di un rapporto medico, secondo la giurisprudenza è determinante che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti i disturbi lamentati dall'assicurato, che sia stato stilato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico e della situazione medica sia chiara e che le conclusioni dell'esperto siano ben motivate. Di conseguenza in linea di principio per stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova o meno non è decisivo né l'origine né la sua denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1, DTF 125 V 351 consid. 3a). La giurisprudenza ha ciononostante ritenuto compatibile con il principio del libero apprezzamento delle prove stabilire alcune direttive per la valutazione delle prove in relazione a determinate forme di attestazioni mediche (DTF 125 V 351 consid. 3b, DTF 118 V 286 consid. 1b, DTF 112 V 30 consid. 1a con rinvii).

E. 5.5

Alle perizie ottenute nell'ambito della procedura amministrativa di medici specialisti esterni che rilasciano i propri rapporti in base a indagini e osservazioni approfondite e dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica e che nella descrizione dei loro referti giungono a risultati concludenti va riconosciuto pieno valore probatorio nella valutazione delle prove, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4, DTF 125 V 351 consid. 3b/bb). Anche i rapporti e le perizie dei medici impiegati dall'assicurazione hanno un valore probatorio comparabile, a condizione che appaiano conclusivi, comprensibilmente motivati e privi di contraddizioni e che non vi siano indizi atti a mettere in causa la loro attendibilità (vedi la DTF 137 V 210 consid. 1.2.1, sentenza del Tribunale federale 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.1 seg.). Il semplice fatto che il medico interpellato sia impiegato dall'assicuratore sociale non permette di per sé di concludere a una mancanza di obiettività o a una

- 21 - parzialità. Piuttosto sono richieste circostanze speciali che fanno apparire oggettivamente giustificata la sfiducia nell'imparzialità della valutazione. Vista la notevole importanza delle perizie mediche nel diritto delle assicurazioni sociali, occorre però applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. per il tutto le DTF 125 V 351 consid. 3b/ee, DTF 122 V 157 consid. 1c). In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e la conclusività delle costatazioni mediche interne dell'assicuratore, devono essere fatti ulteriori accertamenti (DTF 139 V 225 consid. 5.2, DTF 135 V 465 consid. 4.3.2 e 4.4; sentenze del Tribunale federale 9C_415/2017 del 21 settembre 2017 consid. 3.2, 8C_452/2016 del 27 settembre 2016 consid. 4.2.2 seg. e 8C_245/2011 del 25 agosto 2011 consid. 5.3). Per quanto attiene ai rapporti dei medici curanti il tribunale può e deve tenere conto del fatto che, per esperienza, nel dubbio essi tendono talvolta a testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la loro posizione di fiducia istauratasi contrattualmente (DTF 135 V 465 consid. 4.5, DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). In particolare, la diversa natura del mandato di cura della persona (specialista) terapeutica da un lato e del mandato di valutazione

peritale commissionato d'ufficio dall'altro (cfr. la DTF 124 I 170 consid. 4) non basta, per sé stessa, per mettere in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e per dare adito a ulteriori accertamenti, se i medici curanti giungono a opinioni differenti da quelle dei periti. Sono fatti salvi i casi in cui si impone una valutazione diversa dalla perizia (ufficiale) perché i rapporti dei medici curanti menzionano degli aspetti importanti che non sono puramente frutto di un'interpretazione soggettiva e che sono rimasti non riconosciuti o non apprezzati nella perizia (sentenze del Tribunale federale 8C_317/2019 del 30 settembre 2019 consid. 2.3 8C_379/2019 del 21 agosto 2019 consid. 2.2 e 8C_835/2018 del 23 aprile 2019 consid. 3).

- 22 -

E. 5.6

Inoltre va notato che, secondo costante giurisprudenza, il Tribunale delle assicurazioni sociali valuta di regola la legittimità della decisione impugnata in base alla fattispecie al momento della conclusione del procedimento amministrativo. I fatti che si verificano solo successivamente e che modificano la fattispecie, dovrebbero di norma essere oggetto di una nuova decisione amministrativa (cfr. DTF 144 V 224 consid. 6.1.1, 131 V 242 consid. 2.1 e 121 V 362 consid. 1b; sentenza del Tribunale federale 9C_442/2020 del 23 giugno 2021 consid. 2.2). Tuttavia i referti medici redatti dopo la conclusione del procedimento amministrativo sono da includere nella valutazione nella misura in cui consentono di trarre conclusioni sulla situazione esistente al momento della conclusione del procedimento amministrativo (cfr. DTF 121 V 362 consid. 1b in fine, sentenze del Tribunale federale 9C_361/2020 del 26 febbraio 2021 consid. 3.3, 9C_114/2019 del 5 novembre 2019 consid. 2, 8C_414/2019 del 25 settembre 2019 consid. 2.2.2). La ricorrente adduce con il suo ricorso quattro nuovi rapporti medici agli atti: certificato medico psichiatrico del 15 ottobre 2021 (cfr. doc. E ricorrente), certificato del 12 ottobre 2022 (cfr. doc. F ricorrente), nonché valutazione internistica reumatologica del

E. 7

settembre 2022 (cfr. doc. G ricorrente) e rapporto medico del 3 ottobre 2022 (cfr. doc. H ricorrente). Per quanto riguarda i certificati del 15 ottobre 2021 e 7 settembre 2022, questi sono stati redatti prima della conclusione del procedimento amministrativo e come tali vengono considerati nella decisione. Il certificato del 3 ottobre 2022 verbalizza la consultazione del 27 settembre 2022, la quale è quindi anche anteriore alla decisione amministrativa del 30 settembre 2022. Per quanto riguarda il certificato del

E. 7.1

Riguardo alla valutazione bidisciplinare si ritiene quanto segue. A livello bidisciplinare i periti ritenevano per la rilevanza sulla capacità lavorativa una sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado moderato (ICD-10 F33.1). Per la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa invece si riteneva lieve adiposità con BMI 30,5 kg/m², ipercolesterolemia non trattata, nota intolleranza al lattosio, tabagismo cronico, ipovitaminosi D da sostituire. Inoltre prendendo in considerazione anche le diagnosi poste dal punto di vista somatico nell'ambito della precedente perizia SAM risultava fibromialgia, disturbi toracici di natura extracardiaca, in parte muscotendinea, in parte verosimilmente funzionale e disturbi neurovegetativi con tendenza ipotensiva d'origine multifatoriale. Quali ripercussioni funzionali si ritenevano dal punto di vista psichiatrico una limitazione del 30% ascrivibile alla diagnosi di depressione moderata, che si riteneva interferisse sulla

performance lavorativa, sulla capacità di supportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza. La ricorrente necessitava quindi di ulteriori pause durante l'attività lavorativa, con riduzione di rendimento. Per le discussioni di aspetti della personalità eventualmente rilevanti si riteneva che la ricorrente apparirebbe "sospesa" nell'identificazione con gli aspetti difettuali che le varie problematiche le procurerebbero e mostrerebbe un atteggiamento passivo remissivo. Dall'analisi dei test sarebbe emerso una generale tendenza ad esasperare la descrizione dei suoi sintomi per cui sarebbe utile discutere con la ricorrente le conclusioni al fine di migliorare le strategie di coping. Si notava che la diagnosi di

- 29 - disturbo di personalità posta dal Dr. med. L._____ nel suo rapporto di maggio 2020 non sarebbe mai stata riproposta nei vari ricoveri in ambito psichiatrico. Lo stress principale sul piano psicologico sarebbe legato al cambiamento funzionale derivato dalle problematiche di salute somatica, che avevano già caratterizzato la domanda di AI precedente; il Dr. med. Y._____ ricordava che la ricorrente nell'estate del 2018 lavorava diverse ore al giorno e nel contempo postulava domanda di rendita. In seguito alla decisione negativa dell'Ufficio AI e alla separazione dal marito, la ricorrente si sarebbe bloccata nell'identificazione con gli aspetti difettuali, che le varie problematiche le procurerebbero, avrebbe mostrato un atteggiamento passivo remissivo. Per la coerenza si notava che dal punto di vista psicopatologico durante il corso dei due colloqui con la ricorrente sarebbe emersa una generale tendenza ad aggravare la presentazione dei sintomi, come indicato dalla valutazione testistica. Il Dr. med. Y._____ riteneva che si evidenziavano strategie di coping regressive, cioè la ricorrente tenderebbe a identificarsi passivamente con gli aspetti inibiti della sua situazione, in attesa passiva che le cose si risolvano. Secondo egli tali tratti configurerebbero alcuni tratti patologici di personalità, ma senza raggiungere la soglia per porre diagnosi di F60 o F61 (cfr. doc. 69 p. 70 convenuto). La capacità lavorativa si riteneva del 70% nell'attività finora svolta, con rendimento ridotto del 30% per la necessità di maggiori pause e rallentamento nell'esecuzione di compiti, o in un'attività adeguata allo stato di salute. Si riteneva che l'unica patologia che ridurrebbe la capacità lavorativa sarebbe di ordine psichiatrico. La capacità lavorativa sarebbe ritenibile come tale a partire da dicembre 2019. Si riteneva dal punto di vista somatico che sarebbe necessario introdurre una statina, una dieta adeguata per ottenere un calo ponderale e sarebbe utile un trattamento riabilitativo per riallenare la muscolatura e stimolare una maggior attività fisica. Si sconsigliava l'abuso tabagico che andrebbe interrotto. Andrebbe

- 30 - introdotta una sostituzione della vitamina D in presenza di un importante deficit. Si ricordava che già nell'ambito della precedente perizia SAM si era ritenuto utile un programma di attività fisica regolare. Si dovrebbe ottenere un controllo del colesterolo totale e colesterolo LDL. Dal punto di vista psichiatrico andrebbe proseguite la presa a carico psichiatrica integrata. Andrebbe affrontato con la ricorrente il discorso delle conclusioni dei test psicologici che avrebbero dimostrato una generale tendenza della ricorrente ad esagerare la descrizione dei suoi sintomi e a sottovalutare le sue risorse. Si riteneva consigliabile un approccio preventivo psico-educazionale di gestione del dolore e strategie di coping, come già consigliato nell'ambito della precedente perizia SAM (cfr. doc. 69 p. 48-51 convenuto). Il Dr. med. V._____ (medicina generale) del SMR appoggiava il parere dei periti del SAM della perizia bidisciplinare del 25 maggio 2021 (cfr. parametri per la verifica della qualità: CPAI, n. 3134). Egli si è attenuto a questa valutazione anche dopo

aver visto i nuovi rapporti medici, come già sopra riassunto (cfr. 40 fattispecie e doc. C2 convenuto).

E. 7.2

La constatazione di una compromissione della salute ha luogo per disturbi da dolori somatoformi come anche per tutti i disturbi psichici dopo che è stata formulata una diagnosi medica nell'ambito di una procedura probatoria strutturata utilizzando i cosiddetti indicatori standard ai sensi della decisione del Tribunale federale DTF 141 V 281 (vedi DTF 145 V 215 consid. 5 ff., 143 V 418 consid. 4 ff., 143 V 409 consid. 4.2.2 ff. und 141 V 281 consid. 2.1.1 ff.). In linea di principio tuttavia, solo gravi disturbi psichici sono da considerare come danni invalidanti per la salute, mentre un disturbo depressivo di natura da lieve a moderata senza rilevanti interferenze da comorbidità psichiatriche generalmente non si può definire come una malattia psichica grave (cfr. DTF 148 V 49 consid. 6.2.2 und 143 V 418 consid. 5.2.2; sentenza del Tribunale federale 8C_331/2022 del 6 settembre 2022 consid. 5.1). Per accertare gli oggettivi effetti funzionali

- 31 - di un danno alla salute e quindi specialmente accertare la capacità lavorativa, il Tribunale federale ha formulato un catalogo di indicatori consistente di due categorie principali, cioè "gravità delle limitazioni funzionali" e "plausibilità". Tale catalogo sussiste per esaminare se gli effetti funzionali di medicalmente accertate basi di richieste riguardanti la salute, nel singolo caso in base a questi indicatori standard, dimostrino in maniera convincente e priva di contraddizioni con almeno un alto grado di probabilità, un grado di invalidità che dà diritto a una rendita. Questo catalogo di indicatori si suddivide come segue (cfr. al riguardo DTF 141 V 281 consid. 4.1.3 ss.): • categoria "gravità delle limitazioni funzionali" o sottocategoria "danno alla salute" ■ indicatore "entità dei reperti rilevanti ai fini della diagnosi" ■ indicatore "successo della terapia o resistenza alla stessa" ■ indicatore "successo dell'integrazione o resistenza alla stessa" ■ indicatore "comorbidità" o sottocategoria "personalità" (diagnostica della personalità, risorse personali) o sottocategoria "contesto sociale" (delimitazione di fattori psicosociali e socioculturali; accertamento delle risorse in base all'ambiente sociale) • categoria "plausibilità" (aspetti comportamentali) o indicatore "analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti gli ambiti affini della vita" o indicatore "sofferenza comprovata dall'anamnesi del percorso terapeutico e d'integrazione" Infine è anche di importanza cruciale la presenza risp. assenza di limitazioni delle prestazioni in seguito a simulazione, aggravazione o simili costellazioni (tuttalpiù come motivo di esclusione o sotto l'aspetto dell'espressione dei reperti diagnosticamente rilevanti; cfr. DTF 143 V 418 consid. 7.1, 141 V 281 consid. 2.2 und 4.3.1.1 m.H.a. DTF 131 V 49; sentenze del Tribunale federale 8C_501/2021 del 14 luglio 2022 consid. 3.1, 8C_2/2022 del 4 luglio 2022 consid. 6.1, 8C_564/2021 del 27 aprile 2022 consid. 3.1, 9C_383/2020 del 22 marzo 2021 consid. 3.2 e

- 32 - 9C_524/2020 del 23 novembre 2020 consid. 4). Per ragioni di proporzionalità tuttavia, si può rinunciare a una procedura probatoria strutturata, in casi dove questa non è necessaria o non risulta per niente adatta (DTF 145 V 215 consid. 7 e DTF 143 V 418 consid. 7.1; cfr. anche sentenze del Tribunale federale 8C_103/2022 del 10 maggio 2022 consid. 2.3, 9C_38/2022 del 24 maggio 2022 consid. 4.6 e 9C_587/2021 del 31 gennaio 2022 consid. 4.1). La questione della necessità in questo senso è da valutare in funzione della concreta esigenza probatoria. Una procedura probatoria strutturata è indispensabile se per una, più durevole (cfr. art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) incapacità lavorativa, non ci sono accenni secondo i documenti esistenti, o questa è negata in modo comprensibilmente

giustificato nell'ambito di rapporti medici specialistici e a eventuali valutazioni contrarie non può essere attribuito alcun valore probatorio per mancanza di qualificazione medica specialistica o per altri motivi (DTF 145 V 215 consid. 7 e 143 V 409 consid. 4.5.3).

E. 7.3

Dal punto di vista formale si può ritenere che la struttura delle due perizie singole (internistica e psichiatrica) e della parte interdisciplinare soddisfa i requisiti degli allegati IV e V della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI; stato 1 febbraio 2023).

E. 7.4

Per quanto riguarda il sopracitato esame degli indicatori si ritiene che dal punto di vista medico deve quindi essere dimostrato in modo motivato per quali motivi medici-psichiatrici i reperti rilevati sono in grado di ridurre la capacità funzionale e le risorse psicologiche in termini qualitativi, quantitativi e temporali (cfr. DTF 143 V 418 consid. 6). In questa sede si procederà all'analisi degli indicatori tenendo anche conto delle affezioni somatiche, ovvero della fibromialgia, la quale già era stata diagnosticata prima del rilascio della perizia bidisciplinare (cfr. doc. 10 p. 10 e 11 ss., doc. 24 p. 16 e 25 [perizia multidisciplinare 2019], doc. 24 p. 77, doc. 46, doc. 52 p. 1, 7 e 10, doc. 53 p. 10 e 12 e doc. 69 p. 104 convenuto, NB e anche in seguito a questa [cfr. doc. G e H ricorrente]) ma che non è stata

- 33 - valutata in quest'ultima. Inoltre si approfondirà anche in merito alla gonalgia bilaterale su condropatia / su base degenerativa del ginocchio destro risp. artrosi del compartimento mediale e femoropatellare, come ritenuto nei rapporti risalenti a prima della perizia bidisciplinare (cfr. doc. 10 p. 11 ss., doc. 24 p. 77, doc. 34, doc. 46, doc. 52 p. 1, 7 e 10, doc. 53 p. 10 e 12 e doc. 69 p. 107 convenuto) e in seguito alla perizia bidisciplinare (cfr. doc. G e H ricorrente).

E. 7.5

Si procede all'analisi della prima categoria "gravità funzionale" della sottocategoria "danno alla salute". 7.5.1.1. Per l'indicatore "entità dei reperti rilevanti ai fini della diagnosi" si ritiene quanto segue. Si ritiene che entrambi i periti hanno fatto considerazioni sulle manifestazioni concrete di quanto lamentato dalla ricorrente, sia analizzando come ella si è presentata ai colloqui, sia elencando i disturbi soggettivi e le affezioni attuali nonché la descrizione della giornata, facendo poi constatazioni obiettive per es. sul comportamento e l'aspetto esteriore e sullo stato della ricorrente al momento della perizia. Inoltre nella perizia internistica si faceva anche un'anamnesi sistematica. I periti nominavano qualche inconsistenza (si dirà di più sotto) ed entrambi sottolineavano la tendenza all'aggravazione dei sintomi della ricorrente. Entrambi non consideravano poi vari fattori di stress psicosociale che hanno direttamente conseguenze funzionali negative (vedi allora attuale secondo divorzio e lo stress derivatone, la sofferenza del figlio per la separazione, la scarsa disponibilità finanziaria [vedi assistenza sociale e aiuto finanziario da parte del figlio]; cfr. doc. 69 p. 15 ss., p. 31 ss., p. 49 ss., p. 64 ss. convenuto; DTF 141 V 281 consid. 4.3.3, sentenze del Tribunale federale 8C_559/2019 del 20 gennaio 2020 consid. 3.2 e 9C_371/2019 del 7 ottobre 2019 consid. 5.1.3).

- 34 - Dalla perizia internistica della Dr. med. X._____ si evince che durante l'anamnesi la ricorrente si sarebbe comportata in modo gentile e collaborante. L'aspetto sarebbe stato curato, un po' meno l'abbigliamento. Si sarebbe presentata puntuale all'appuntamento,

alzata, seduta e rivestita autonomamente, senza problemi (cfr. doc. 69 p. 14, p. 32 convenuto). Durante l'anamnesi peritale psichiatrica con il Dr. med Y. _____ anche egli riteneva che la ricorrente si era presentata puntuale a entrambi gli appuntamenti. Egli la riteneva come cooperativa e rispondente in maniera pertinente a tutte le domande che le venivano poste, curata nella propria persona e nell'abbigliamento. La mimica era congrua ai contenuti, lo stato di coscienza senza evidenti alterazioni, ben orientato nel tempo/spazio su di sé e rispetto alla situazione attuale. Il colloquio era informativo, l'eloquio fluido e coerente, dal profilo cognitivo non si evidenziavano particolarità. Manteneva la capacità di critica e di giudizio. Non emergevano disturbi della forma né del contenuto del pensiero, assenti dispercezioni. L'umore mostrava una lieve deflessione, associata soprattutto ai timori per il suo futuro con visione pessimistica. Erano presenti lievi quote d'ansia e funzione ipnica disturbata ma nel complesso buona (cfr. doc. 69 p. 67 s. convenuto). Si nota che nei tre rapporti di dimissione dalla Clinica J. _____ del 7 febbraio 2020, 12 maggio 2020 e 17 agosto 2020, similmente alla perizia bidisciplinare al punto "status psichico all'ammissione" (il primo rapporto non è stato nominato nell'estratto degli atti del Dr. med. Y. _____) si riteneva che la ricorrente si presentava vigile, orientata e collaborante, curata in aspetto e igiene personale. Ella era accessibile e disponibile al colloquio, l'eloquio fluido, coerente e informativo (cfr. doc. 52 p. 7 e doc. 69 p. 105 ss. convenuto). A titolo completivo si sottolinea che la constatazione dei periti riguardo all'aspetto curato della ricorrente, cozzano e paiono incoerenti con quanto riferito dalla ricorrente del fatto che non farebbe la doccia perché starebbe bene così, inoltre avrebbe panico dell'acqua e si laverebbe a "pezzettini", si sarebbe fatta la doccia solo due volte dall'inizio dell'estate a metà agosto

- 35 - e si starebbe lasciando andare (cfr. doc. 69 p. 30 convenuto). Per quanto riguarda i rapporti della Clinica M. _____, questi venivano nominati dal Dr. med. Y. _____ negli atti, senza approfondire. Per i rapporti seguenti la perizia pluridisciplinare del 2019, si ritiene che questi sono sempre molto corti e raramente si soffermano sulle limitazioni concrete della ricorrente, sulla sintomatologia, ecc. (cfr. doc. 37, 49 convenuto, doc. E e F ricorrente). L'unico rapporto un po' più dettagliato al riguardo invece non è in linea con quanto ritenuto dalla Clinica J. _____ e nella perizia bidisciplinare, narrando di un quadro della situazione molto più negativo: "nel corso della presa a carico ella è apparsa sempre maggiormente trascurata nell'aspetto", "capacità di critica e di giudizio sono conservate parzialmente poiché esse inficiate dalla logica affettiva", "anche le funzioni cognitive appaiono come inficiate dallo stato depressivo", "linguaggio rallentato e composto da povertà di contenuti, come anche il flusso del pensiero appare rallentato", "funzionamento sociale e relazionale è quasi nella sua totalità assente", ecc. (cfr. doc. 45 p. 4 convenuto). Per quanto riguarda le manifestazioni rilevanti riguardanti la diagnosi psicologica di una sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado moderato (ICD-10 F33.1) si nota che la diagnosi è stata fatta per la prima volta a fine marzo 2020 (cfr. doc. 34 convenuto), mentre la diagnosi di sindrome mista ansiosodepressiva di lieve entità (ICD-10 F41.2) è stata fatta per la prima volta il 13 agosto 2019 nell'ambito della perizia pluridisciplinare (cfr. doc. 24 p. 25-26 convenuto), secondo quest'ultima la diagnosi era però senza influenza sulla capacità lavorativa. Si constata che nonostante la sindrome ICD-10 F41.2 la ricorrente comunque lavorava – ergo era capace di conciliare il lavoro con una sindrome a stampo ansiosodepressivo. Infatti ella riteneva dinanzi a entrambi i periti che nel 2018-2019 lavorava 4-5 ore al giorno per sei giorni la settimana come cameriera in ristoranti, nella bassa stagione meno, beneficiando dell'assicurazione disoccupazione. Ella ha lavorato fino

a e compreso il

- 36 - mese di ottobre 2019 (cfr. doc. 40 p. 4, doc. 69 p. 16 convenuto). Il Dr. med. Y. _____ evidenziava questo aspetto ritenendo che lo stress principale sul piano psicologico sarebbe legato al cambiamento funzionale derivato dalle problematiche di salute somatica che avevano già caratterizzato la domanda AI precedente; la ricorrente nell'estate 2018 lavorava ancora 8 ore al giorno sebbene nel contempo postulava la prima domanda di rendita (cfr. doc. 69 p. 72 convenuto). Per quanto riguarda i disturbi soggettivi e affezioni attuali appaiono certe incoerenze nel racconto della ricorrente, non evidenziate dai periti. Riguardo alle affezioni attuali in sintesi la ricorrente indicava alla Dr. med. X. _____ che il disturbo principale sarebbe quello di temere le persone, non le vorrebbe affrontare. Ella diceva che eviterebbe anche le amiche eviterebbe di vederle, le sentirebbe al telefono. La ricorrente diceva inoltre alla Dr. med. X. _____ che la sintomatologia depressiva sarebbe peggiorata in seguito alla separazione e poi ancora peggiorata dall'estate 2020 – quindi si nota in questa sede che la separazione dal secondo marito ha giocato un ruolo fondamentale per la ricorrente, in quanto a partire da questa la sintomatologia depressiva peggiorava ed ella a partire da novembre 2019 non perseguiva più un'attività lavorativa. Ella presenterebbe soprattutto ritiro sociale, anedonia, abulia, stanchezza cronica, dolori diffusi (cfr. doc. 69 p. 30 s. e 39 convenuto). Ella indicava anche al Dr. med. Y. _____ di sentirsi sola e di tendere a isolarsi. Poi però al contempo indicava che non uscirebbe mai sola a fare la spesa, uscirebbe solo con il figlio o con un'amica (venerdì o sabato andrebbe a fare la spesa con un'amica), da sola non farebbe nulla. Poi appunto diceva di telefonare con le amiche qualche volta a settimana e quando assalita dall'ansia di telefonare con la madre (cfr. doc. 69 p. 30 ss., p. 66 convenuto). Si nota quindi un'opposizione nelle affermazioni della ricorrente, ella non sembrerebbe veramente così incline a stare sola e a evitare qualsiasi contatto con le persone.

- 37 - Anche non evidenziato dai periti è che la ricorrente narra che si lascerebbe andare, passando dal letto al divano, guarderebbe la tele e laverebbe due piatti (il figlio l'aiuterebbe nel lavare e cucinare). Non avrebbe voglia di fare nulla. Al pomeriggio ella riposerebbe. Ella sarebbe apatica e sfiduciata. D'altra parte la ricorrente narra anche di vivere una costante irrequietezza quotidiana, dovuta all'ansia, che la farebbe camminare tutto il giorno tra sala e camera, arriverebbe a sera "sfnita". Anche in questo caso si nota un certo divario nella risposta. Da una parte la ricorrente si mostra passiva e inattiva. Dall'altra parte ella narra di camminare tutto il giorno fino allo sfinimento. E si nota che apparentemente questo movimento ella lo farebbe nonostante la diagnosi di fibromialgia di cui ella stessa parlava dicendo che persisterebbe una sintomatologia dolorosa, localizzata alle braccia e alle ascelle bilaterale, al collo e alla colonna lombare; nonché dolori diffusi che le impedirebbero di lavorare come prima (cfr. doc. 69 p. 30 s., p. 66 convenuto). Il Dr. med. Y. _____ nominava nell'estratto degli atti il secondo e il terzo rapporto di dimissione dalla Clinica J. _____, senza estrapolare le parti indicative o analizzare in maniera approfondita quanto ivi ritenuto. Il primo rapporto clinico non veniva nemmeno elencato. Dal primo rapporto si evince che all'ammissione emergeva labilità emotiva e umore deflesso. Erano presenti quote d'ansia libera e tensione endopsichica, insonnia parziale, senza presenza di alterazioni della forma e/o del contenuto del pensiero, capacità attentive rallentate. Assente suicidalità attiva e riferiva di idee di morte passive non strutturate. La ricorrente in seguito alla seconda separazione "ammette di aver percepito un sovraccarico emotivo di una certa gravità da questa situazione, motivo per cui ha ritenuto utile il ricovero presso la nostra clinica". In

seguito si riteneva che il quadro psicopatologico di tipo depressivo era caratterizzato da deflessione timica, anedonia, abulia, anergia, tensione endopsichica ed ansia marcata. Era emerso quanto la fine della relazione con il partner avesse compromesso

- 38 - la funzionalità della paziente nonché favorito il quadro psicopatologico (cfr. doc. 69 p. 105 convenuto). Ci si fermava a quanto detto senza andare ulteriormente nel dettaglio. Il secondo rapporto di dimissione di detta clinica riprende a grandi linee quanto ritenuto nel primo. In aggiunta si riteneva ritiro sociale e difficoltà nello svolgimento delle attività della routine quotidiana (cfr. doc. 69 p. 107 ss. convenuto). Il terzo rapporto riteneva che riguardo agli altri ricoveri la ricorrente lamentava un riacutizzarsi di sintomatologia depressiva con tra l'altro quote d'ansia libera che interferivano con lo svolgimento anche delle più semplici AVQ. Ella negava significativi cambiamenti nella sua vita dall'ultima dimissione. L'umore era deflesso con sentimenti di autosvalutazione, ansia e tensione endopsichica con insonnia precoce (cfr. doc. 52 p. 7 ss. convenuto). Tutti e tre i rapporti non si esprimevano nel dettaglio al riguardo delle limitazioni nella vita giornaliera della ricorrente e a quanto e come queste si concretizzassero. L'unico quadro narrato in modo più approfondito dal Dr. med. L._____ era molto più negativo di quanto ritenuto dagli esperti della Clinica J._____ e dal Dr. med. Y._____, e infatti egli diagnosticava come primo una ICD-10 F61 disturbo di personalità forme miste tratti dipendenti e ICD-10 F33.1 (cfr. doc. 45 p. 4 convenuto). Per quanto riguarda la diagnosi di disturbo di personalità (ICD-10 F61) si ritiene che solo il Dr. med. L._____ la citava da allora in poi, senza appoggiarla ad analisi cliniche e senza dettagliarla, di più si dirà sotto. Riguardo alla diagnosi di fibromialgia la Dr. med. X._____ non si esprimeva. La ricorrente sotto "disturbi soggettivi e affezioni attuali" narrava soprattutto del lato psichiatrico dei disturbi, riguardo al lato fisico ella riteneva dinanzi alla Dr. med. X._____ "sintomatologia dolorosa, localizzata alle braccia e alle ascelle bilaterale, al collo e alla colonna lombare [...] Per i dolori l'A [ricorrente] assume Gabapentine" (cfr. doc. 69 p. 31 convenuto). I referti dell'anamnesi sistematica non evidenziavano risultati in questo senso. Tale anamnesi evidenziavano le diagnosi senza

- 39 - influenza sulla capacità lavorativa quali lieve adiposità, ipercolesterolemia, intolleranza al lattosio, tabagismo e ipovitaminosi D (cfr. doc. 69 p. 31 e 35 s. convenuto). Per quanto riguarda le manifestazioni rilevanti riguardanti la diagnosi di fibromialgia non diagnosticata direttamente durante la perizia bidisciplinare ma poi diagnosticata dal Dr. med. H._____ e Dr. med. W._____ (cfr. doc. G e H convenuto) si nota che però appunto qualche mese prima durante i rilevamenti della perizia la ricorrente non ha narrato (risp. non nel dettaglio) di come questa diagnosi tocchi la sua vita e di quali ostacoli ella incontrerebbe. La ricorrente si è soffermata sull'ansia che vivrebbe giornalmente e sugli aspetti psichici. Ella descriveva appunto solo la persistenza di una sintomatologia dolorosa (cfr. doc. 69 p. 31 convenuto). Si nota anche che la ricorrente palesemente diceva al Dr. med. Y._____ che sebbene ella trarrebbe dei benefici dalle cure proposte, ella non se la sentirebbe di lavorare a causa dei dolori e della stanchezza, apatia. Inoltre ella riferiva di "dolori diffusi che le impedirebbero di lavorare come prima." Le affermazioni della ricorrente appaiono in casi molto vaghe e non circostanziate, anzi nonostante le cure e i benefici derivanti, la ricorrente non se la sentirebbe di lavorare. Il Dr. med. Y._____ infatti evidenziava strategie di coping regressive, cioè la ricorrente tenderebbe a identificarsi passivamente con gli aspetti inibiti della sua situazione, in attesa passiva che le cose si risolvano (cfr. doc. 69 p. 66 e 70 convenuto). Egli teneva conto di questo stato perché riteneva una limitazione della capacità di rendimento del 30% perché il corteo

sintomatologico "interferisce sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza" (cfr. doc. 69 p. 73 convenuto). Si appoggia tale considerazione, poi ripresa anche nella parte interdisciplinare.

- 40 - Per quanto riguarda la diagnosi di gonalgia su condropatia risp. su base degenerativa del ginocchio destro risp. artrosi del compartimento mediale e femoropatellare (del ginocchio destro) si rinvia alle considerazioni più sotto. Riguardo alla presenza di simulazione ed esagerazione entrambi i periti citavano gli esami psicologici del 31 marzo 2021 dello psicologo Z._____. Questo riteneva che la ricorrente raggiungeva un punteggio di 29 (sopra il punteggio limite di 14) per l'identificazione di una sospetta simulazione, suggerendo che vi sia stata da parte della ricorrente un'esagerazione nella segnalazione della sintomatologia. "[...] riflette la tendenza dell'assicurata a rispondere affermativamente a domande che descrivono sintomi atipici sotto il profilo somatico, psichico e cognitivo." Le analisi confermavano la tendenza della ricorrente ad amplificare la sintomatologia esperita. Entrambi i periti ritenevano quindi che gli elementi che emergevano dall'anamnesi, dal colloquio, unitamente ai test sopra descritti, portavano a ipotizzare che la ricorrente stesse vivendo una situazione di generale malessere, che verrebbe tuttavia sovrastimata rispetto alla sua reale condizione psicofisica; cfr. doc. 69 p. 35 s. e 68 convenuto), cioè che durante i colloqui era emersa una generale tendenza ad aggravare la presentazione dei sintomi (cfr. doc. 69 p. 39 s. e 72 convenuto). Infatti giustamente, la Dr. med. X._____ riteneva che in parte i disturbi lamentati dalla ricorrente non erano compatibili con l'esame clinico, in quanto la ricorrente descriveva dolori diffusi, ma durante l'esame clinico si era vestita, svestita, ecc. senza alcuna difficoltà apparente o senza alcun disturbo particolare. Ella poi riteneva che anche durante la raccolta anamnestica non si erano evidenziati segni di dolore. Se ne deduce in questa sede che fattualmente la ricorrente non è così limitata nelle sue azioni come ella pensa di essere. La dottoressa riteneva quindi che la ricorrente sovrastimava i suoi disturbi e sottovalutava le sue risorse e le sue capacità (cfr. doc. 69 p. 39 s. convenuto). Il Dr. med. Y._____ (come

- 41 - già sopra ritenuto) riteneva che sebbene nel corso del 2018 la ricorrente lamentava sia una sintomatologia algica persistente praticamente in tutto il corpo, accompagnata da stanchezza sull'arco di tutto il giorno e rapida affaticabilità e una sintomatologia ansioso depressiva, seguita dalla prescrizione di Cipralex e Lexotanil, ella dal primo marzo 2018 lavorava ca. 3-4 ore al giorno e nell'estate 2018 anche 8 ore al giorno (cfr. doc. 69 p. 70 e 72 convenuto). Infatti durante il 2018 la ricorrente non si è assentata molto dal lavoro (l'assenza più lunga era di una settimana, cfr. perizia pluridisciplinare 2019 al doc. 24 p. 7 convenuto). Si ritiene che anche nel 2019 la ricorrente ha continuato a lavorare nonostante le problematiche di salute persistenti. Il fatto che la ricorrente lavorasse nonostante le sintomatologie appena citate, lascia quindi dubitare della gravità della situazione narrata dalla ricorrente. In questa sede si nota che già nella perizia pluridisciplinare del 13 agosto 2019 il consulente in reumatologia riteneva che la ricorrente mostrava un'amplificazione dei sintomi di grado medio, cioè autovalutazione inferiore alla reale capacità funzionale (cfr. doc. 24 p. 27 e 35 convenuto). Vista la valutazione carente da parte dei periti dei certificati medici precedenti alla perizia bidisciplinare e riguardanti la fibromialgia (nonché parzialmente l'artrosi), le parti importanti vengono qui elencate. L'anamnesi dell'EOC F._____ del 25 marzo 2018 riteneva una lombalgia non determinata, con dolori appena

riscontrati alla colonna lombo-sacrale irradiati ai glutei e arti inferiori posteriormente fino al cavo popliteo maggiormente a destra con parestesie nelle stesse zone. Dolori miglioranti con la deambulazione e peggioranti a riposo sdraiata o seduta. Si prescriveva terapia antalgica con farmaci antidolorifici (cfr. doc. 10 p. 7 s. convenuto). La ricorrente veniva poi inviata per una componente fibromialgica concomitante (dolori diffusi praticamente a tutte le articolazioni e in particolare a livello lombo sacrale) al quadro ansio- depressivo dal medico curante G._____ al Dr. med. H._____ in data 2

- 42 - maggio 2018 (cfr. doc. 10 p. 10 convenuto). La valutazione del Dr. med. H._____ del 16 maggio 2018 trovava a livello di anamnesi una sintomatologia dolorosa mialgica aspecifica con metereopatia e disturbo del sonno, inoltre saltuaria sintomatologia dolorosa piccole e grandi articolazioni, raro dolore lombare senza irradiazione, dolore fasciale plantare ricorrente. Egli diagnosticava una sindrome fibromialgica con segni e sintomi d'accompagnamento e osteoartrosi polidistrettuale, nonché lombalgia ricorrente su alterazioni statico degenerative. Egli proponeva fisioterapia e analgesia (cfr. doc. 10 p. 11 ss. convenuto). Il 21 ottobre 2018 si diagnosticava una riesacerbazione sindrome lombo-vertebrale conica. La ricorrente narrava di dolore lombare-sacrale bilaterale che si irradiava agli arti inferiori bilateralmente fino alle caviglie sia anteriormente che posteriormente, dolori accentuati alla deambulazione, mentre di notte non sentirebbe visto l'ansiolitico assunto. Si consigliava di continuare la terapia antalgica e fisioterapia (cfr. doc. 10 p. 21 s. convenuto). Il rapporto del Dr. med. H._____ del 9 novembre 2018 confermava la diagnosi di prevalente sindrome fibromialgica con segni e sintomi di accompagnamento, osteoartrosi polidistrettuale e lombalgia ricorrente su alterazioni statico degenerative. Egli insisteva nel proporre fisioterapia intensiva in un contesto prevalentemente fibromialgico. Inoltre egli riteneva "La paziente necessita di una rielaborazione del dolore in un contesto di alterata percezione della sintomatologia. A mio modesto parere meno si fa dal punto di vista interventistico e meglio sarà per questa paziente [...] Eviterei l'assunzione di antiinfiammatori con una preferenza per analgesici puri e miorilassanti" (cfr. doc. 24 p. 77 convenuto). Il rapporto fisioterapico del 7 febbraio 2019 riteneva che la ricorrente narrava di dolori diffusi in tutto il corpo, in particolare nella zona lombare con forte irradiazione a entrambe le gambe con prevalenza maggiore a destra, ed al rachide cervicale, con irradiazione al braccio destro che si estende fino al polso. I dolori non variavano nell'arco della giornata, sia con i movimenti che a riposo, senza posizioni che alleviavano il dolore. La ricorrente

- 43 - deambulava con le ginocchia semiflesse e quasi strisciando i piedi. Ella non allungava mai completamente il ginocchio tranne che se fatto passivamente (cfr. doc. 23 p. 5 s. convenuto). Nella perizia pluridisciplinare del 13 agosto 2019 la ricorrente nella parte internistica diceva che era presente una sintomatologia algica persistente praticamente in tutto l'apparato muscolo-scheletrico: i dolori più intensi si manifestavano a livello della colonna lombare con irradiazione in entrambi gli arti inferiori. Ella descriveva i dolori – a livello della colonna cervicale, al cinto omeroscapolare a destra più che a sinistra e negli arti superiori a destra più che a sinistra – senza però spiegare le sue limitazioni al riguardo nella giornata, limitandosi a dire che si sentirebbe stanca sull'arco di tutta la giornata, con rapida affaticabilità. Anche nella narrazione della giornata ella non narrava di dolori al lavoro, anzi ella narrava di fare una passeggiata tre-quattro volte a settimana di ca. 15 min. I periti non ritenevano inabilità lavorativa, le veniva diagnosticata quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa la fibromialgia (cfr. doc. 24 p. 11 ss. convenuto). Al contempo

all'esperto reumatologico la ricorrente riferiva che non ci sarebbe stata nessuna parte del corpo che non le avrebbe fatto male, ci sarebbero state solo differenze di intensità. Inoltre ci sarebbero stati anche formicolii diffusi all'arto superiore destro e all'arto inferiore destro (cfr. doc. 24 p. 33 convenuto). Obiettivamente il perito reumatologico riteneva 18 punti di fibromialgia (secondo i criteri di classificazione ACR 1990). Egli diagnosticava la fibromialgia quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa. Egli riteneva che la miglior presa a carico era il mantener un ruolo sociale e un'attività professionale, all'occasione utile anche una fisioterapia attiva. Egli concludeva dicendo che la ricorrente presentava una moltitudine di disturbi funzionali e in questo riempiva i criteri ACR 2010 per la diagnosi di fibromialgia. Inoltre non si poteva escludere che la combinazione di più disturbi funzionali inciderebbe negativamente sulla resistenza allo stress ma faceva stato la valutazione psichiatrica (cfr. doc. 24 p. 34 s. convenuto).

- 44 - Ella allora riferiva al Dr. med. Y. _____ di dolori diffusi che le impedirebbero di lavorare come prima (cfr. doc. 24 p. 62 convenuto). Con nessun perito la ricorrente ha spiegato in cosa consistevano i dolori durante il lavoro e come questi la ostacolerebbero. Si nota che il reumatologo Dr. med. AA. _____ nella perizia pluridisciplinare del 2019 riguardo alla capacità, risorse e problemi sottolineava che non si poteva escludere che la combinazione di più disturbi funzionali inciderebbe negativamente sulla resistenza allo stress ma faceva stato la valutazione psichiatrica, quindi argomentando le limitazioni in ambito fibromiagico solo a livello di stress e dando importanza al lato psichiatrico tralasciando quello somatico. Il rapporto fisioterapico del 18 gennaio 2019 non conteneva dettagli riguardo alle limitazioni concrete della ricorrente (cfr. doc. 24 p. 79 convenuto). Da questo momento in poi fino ai certificati medici di settembre e ottobre 2022 non si entrava più in merito alla fibromialgia in modo dettagliato, sebbene a volte fosse diagnosticata. Infatti i rapporti del 7 febbraio e del 17 agosto 2020 della Clinica J. _____ ritenevano tra le altre cose la diagnosi di fibromialgia: localizzazioni multiple (M79.70), senza informazioni mediche aggiuntive tranne la prescrizione di misure fisiorilassanti per alleviare la sintomatologia somatica. A livello anamnestico la clinica al primo ricovero riteneva che la ricorrente raccontava di "risentire particolarmente a livello psichico della sindrome fibromiagica da cui sarebbe affetta." Al secondo ricovero in clinica invece non si diagnosticava fibromialgia. Nell'anamnesi la ricorrente narrava di "risentire particolarmente a livello psichico della sindrome fibromiagica da cui sarebbe affetta in diagnosi differenziale con osteoartrosi diffusa." Infine al terzo ricovero clinico la fibromialgia veniva diagnosticata, ripetendo anamnesticamente quanto ritenuto al secondo ricovero (cfr. doc. 52 p. 7 e 10, doc. 69 p. 104 ss. convenuto). Si nota che oltre alle perizie citate, i rapporti medici sono poveri di informazioni riguardanti l'estensione e la concretezza nella vita della ricorrente della fibromialgia diagnosticata, per cui si desume che nella vita

- 45 - della ricorrente le limitazioni riconducibili alla fibromialgia non siano particolarmente presenti né accentuate, altrimenti la ricorrente avrebbe spiegato concretamente in cosa consisterebbero e si sarebbe lamentata al riguardo in maniera dettagliata e continua. Considerando tutto quanto sopracitato la diagnosi della perizia bidisciplinare dei due periti appare plausibile. 7.5.1.2. Per l'indicatore "successo della terapia o resistenza alla stessa" si ritiene quanto segue. Per quanto riguarda le visite mediche la ricorrente indicava a entrambi i periti di essere ancora in cura presso il suo medico curante Dr. med. G. _____ con consultazioni al bisogno (l'ultima molto tempo fa), affermava di vedere il Dr. med. L. _____ (circa una volta all'anno), di sentire lo psicologo T. _____ due volte a settimana e di vedere

una volta al mese lo psichiatra per il controllo della terapia farmacologica (cfr. doc. 69 p. 29 s. e 71 convenuto). La Dr. med. X._____ nella sua perizia non affrontava in modo approfondito l'argomento. Ella sottolineava che la ricorrente sovrastimava i suoi disturbi e sottovalutava le sue risorse e le sue capacità. Ella scriveva "Ci stupiamo del fatto che benché sia seguita in day hospital da tanto tempo, con visite tre volte alla settimana e in presenza di chiare risorse, queste non hanno potuto essere mobilizzate. Bisogna evitare comportamenti che favoriscano la tendenza regressiva da parte dell'A [ricorrente]. L'A ha comunque risorse, i problemi sono soprattutto in ambito sociale e familiare, con anche ormai un'assenza dal mondo del lavoro da oltre un anno e mezzo." (cfr. doc. 69 p. 40 convenuto). Inoltre alla domanda riguardante il miglioramento della capacità lavorativa mediante l'attuazione di provvedimenti sanitari la dottoressa riteneva "Dal punto di vista somatico non vi sono provvedimenti che possano migliorare la capacità lavorativa

- 46 - essendo quest'ultima dal punto di vista somatico, piena [...] Utile a nostro avviso introdurre fisioterapia e spronare l'A. a eseguire ginnastica regolare per evitare la tendenza all'ozio e all'inattività totale, che ha ripercussioni, non solo a livello somatico, ma anche a livello psicologico." Ella si riferiva soprattutto al tabagismo, la carenza vitaminica e il sovrappeso, non nominando la fibromialgia (cfr. doc. 69 p. 42 convenuto). Sugli stessi aspetti si esprimeva alla domanda "valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazioni, provvedimenti d'integrazione ecc." (cfr. doc. 69 p. 39 convenuto). Anche il Dr. Med. Y._____ non ha approfondito l'indicatore. Nella sua perizia scriveva che in seguito alla sintomatologia ansioso depressiva insorta nel corso del 2018 le terapie si erano svolte in conformità alla situazione presentata. In seguito all'interruzione della relazione con il marito nell'estate 2019 la sintomatologia ansioso depressiva pareva peggiorare, sino al ricovero in clinica. Lo stato depressivo moderato migliorava alla dimissione. Inoltre come già ritenuto la ricorrente riferiva di trarre beneficio dalle cure proposte, anche se diceva di non sentirselo di lavorare a causa dei dolori e della stanchezza, apatia. Inoltre egli notava strategie di coping regressive, cioè la ricorrente sarebbe in attesa passiva che le cose si risolvessero. Anche lui sottolineava che la ricorrente andrebbe spronata a riprendere rapidamente il suo ruolo professionale, investendo sulle sue risorse e sulla sua autonomia, il suo atteggiamento passivo rischierebbe piuttosto di favorire la cronicizzazione della situazione (cfr. doc. 69 p. 71 convenuto). Inoltre il dottore riguardo al fatto di stabilire se i trattamenti fino a quel momento erano stati adeguati ed erano state esaurite tutte le possibilità terapeutiche riteneva che si poteva proseguire con le cure psichiatriche integrate con rivalutazione della motivazione della ricorrente verso un atteggiamento proattivo (che consentirebbe di evitare ulteriori peggioramenti) e che la prognosi a medio lungo termine pareva stabilizzata (cfr. doc. 69 p. 71 s. 74 convenuto).

- 47 - A completamento di quanto ritenuto dai periti si ritiene quindi che la ricorrente è stata in terapia psichiatrica già dalla primavera 2019 (Dr. med. L._____) e usufruisce di regolari visite dallo psicologo e di visite psichiatriche per il controllo della terapia farmacologica, nonché ella stessa ammette di trarre beneficio dalle cure proposte (cfr. doc. 69 p. 70 convenuto), ciò porta a pensare che la terapia seguita sia quella giusta anche in ragione del fatto che la ricorrente ha continuato la terapia psichiatrica sull'arco di diversi anni. Pure i ricoveri alla Clinica J._____ hanno giovato alla ricorrente (come anche già notato dal Dr. med. Y._____, cfr. doc. 69 p. 71 convenuto). Al termine del primo ricovero si riteneva "Nelle fasi iniziali del ricovero la paziente si dimostra compliant al percorso di cure proposto mantenendo un comportamento adeguato al contesto della Clinica. La critica di

malattia appare buona. [...] Nel corso del ricovero il quadro depressivo mostra progressivamente chiari segni di miglioramento rispetto alla sintomatologia presente all'ammissione. La compliance e il comportamento adottato in Clinica si confermano adeguati per tutta la durata del ricovero. Ritenuto dunque il quadro stabile e il compenso psichico raggiunto si concorda con la paziente la dimissione" (cfr. doc. 69 p. 105-106 convenuto). In seguito al secondo ricovero si riteneva che la ricorrente era adeguata all'ambiente di ricovero e disponibile alle cure proposte. Inoltre si riteneva che la ricorrente "riferiva un miglioramento nel riposo notturno ed una migliore qualità delle energie, così come un migliore controllo dell'ansia. Persisteva una modesta flessione limica con ideazione pessimistica, associata tuttavia a una buona progettualità rispetto alla prosecuzione delle cure in regime ambulatoriale ed al proseguire tutte le necessità burocratiche per permettere di continuare una convalescenza in condizioni economiche adeguate. Sporadico in frequenza e di intensità ridotta il segnalato senso di derealizzazione." La ricorrente, nonostante il risultato parziale preferiva proseguire le cure in regime ambulatoriale (cfr. doc. 69 p. 109-110 convenuto). Al termine del terzo ricovero si riteneva "presenta umore in

- 48 - asse, le quote d'ansia sono sensibilmente ridotte come pure la tensione endopsichica. Manifesta buona spinta vitale, maggiore energia e capacità di concentrazione e attenzione spiccatamente in miglioramento." (cfr. doc. 53 p. 10 ss. convenuto). Tutti e tre i ricoveri presso la Clinica J._____ (vedi sotto riguardo al valore probatorio) portavano giovamento alla ricorrente e la aiutavano visibilmente. Al contrario sembrerebbe che presso la Clinica M._____ (vedi sotto riguardo al valore probatorio) i risultati siano stati piuttosto negativi, cioè peggioranti nonostante l'assidua terapia. Infatti si nota che sebbene per un periodo di tempo di diversi mesi la ricorrente fosse seguita sia dalla Clinica J._____ che dalla Clinica M._____, i risultati terapeutici presso la prima erano sempre positivi (guardando la fine dei ricoveri), mentre parallelamente il Dr. med. L._____ già nell'aprile 2020 riteneva uno stato di salute mentale alterato nella propria interezza e un'inabilità lavorativa dal 17 gennaio 2020 al 100% e continua, con prognosi altamente sfavorevole con scarse possibilità di remissione, anche di parziale tipologia (cfr. doc. 37 convenuto). Poi a maggio 2020 egli riteneva anche la diagnosi di ICD-10 F61 in aggiunta alla già diagnosticata F33.1 (cfr. doc. 45 convenuto), sebbene ella seguisse una presa a carico ambulatoriale dal 30 aprile 2019 e una tipologia di cura semi-stazionaria in ospedale psichiatrico di giorno a frequenza quotidiana circa con cure di tipologia psichiatrica e psicoterapica dal 6 febbraio 2020 (cfr. doc. 37 convenuto; confermata il 7 ottobre 2020, 15 ottobre 2021 e 12 ottobre 2022; cfr. doc. 49 convenuto, doc. E, F ricorrente). Pare infatti anche in netta contrapposizione alle degenze e ai rapporti medici della Clinica J._____ il certificato del 15 ottobre 2021 dei Dr. med. S._____ e del L._____ e psicologo T._____ dove addirittura essi sottolineano che "nonostante il profuso impegno della paziente nei confronti della terapia, dalla quale gli unici risultati apprezzati sono stati l'evitamento di esacerbazioni verso derive psicopatologiche ben maggiori dell'attuale [...]" (doc. E ricorrente). In funzione del fatto che l'unica diagnosi accertata in ambito psichiatrico con ripercussioni sulla capacità lavorativa è la ICD-10

- 49 - F33.1, la quale è condivisa da diversi esperti medici del SMR, del SAM e della Clinica J._____, e che le risultanze terapeutiche in questo ambito sono valutate in maniera positiva sia dalla Clinica J._____ sia dai periti, nonché richiamando il valore probatorio delle perizie di cui più si dirà sotto, appare corretto di fronte a questa chiara

contrapposizione basarsi su quanto accertato e attestato dalla Clinica J._____. Richiamando la conferma in questo senso della ricorrente in sede di perizia bidisciplinare, cioè che le terapie intraprese le giovano, si deduce che le terapie hanno successo. Per quanto riguarda la fibromialgia questa veniva una prima volta nominata dal Dr. med. G. _____ nella sua lettera del 2 maggio 2018 (cfr. doc. 10 p. 10 convenuto). Il Dr. med. H. _____ diagnosticava fibromialgia, osteoartrosi polidistrettuale e lombalgia ricorrente su alterazioni statico degenerative il 16 maggio 2018 (e confermava in data 9 novembre 2018) e proponeva tra l'altro fisioterapia con lo scopo di provvedere a un ricondizionamento muscolare analgesia e rivalutazione della percezione del dolore, in seguito ancora fisioterapia e rielaborazione del dolore. Inoltre egli riteneva che meno si faceva dal punto di vista internistico e meglio sarebbe stato per la ricorrente (cfr. doc. 10 p. 12 s., doc. 24 p. 77 convenuto). La perizia pluridisciplinare del 13 agosto 2019 si esprimeva anche al riguardo della fibromialgia. Il consulto reumatologico riteneva che la diagnosi di fibromialgia era stata correttamente riconosciuta dai medici che avevano valutato l'assicurata prima. La miglior presa a carico era di mantenere un ruolo sociale e un'attività professionale, all'occasione poteva essere utile una fisioterapia attiva. Si riteneva già allora che la ricorrente mostrava un'amplificazione dei sintomi di grado medio (cfr. doc. 24 p. 35 convenuto). Si ricordano poi a tal riguardo il rapporto fisioterapico del 7 febbraio 2019 delle fisioterapiste AB. _____ e AC. _____ che ritenevano entrambe a fine trattamento "purtroppo non si sono ottenuti risultati soddisfacenti in quanto la paziente non ha mai modificato la sua attitudine passiva e pessimista nei confronti della malattia [...] il che fa

- 50 - desumere un approccio passivo e non proattivo all'ideologia della riabilitazione." (cfr. doc. 24 p. 80-81 convenuto). Il fisioterapista AD. _____ riteneva invece il 18 gennaio 2019 che dopo fisioterapia antinfiammatoria e analgesica che la ricorrente non aveva avuto miglioramenti né dal punto di vista del dolore né per la forza muscolare, anzi a volte c'erano addirittura peggioramenti della sintomatologia, quindi si era sospesa la fisioterapia (cfr. doc. 24 p. 79 convenuto). Con rapporto di dimissione della clinica J. _____ del 7 febbraio 2020 si riteneva che per la fisioterapia si prescrivevano misure fisiorilassanti atte ad alleviare la sintomatologia presente a livello somatico. Inoltre si riteneva "nel percorso di ergoterapia la paziente riferisce una difficoltà a trovare motivazione nello svolgere una qualsiasi attività" (cfr. doc. 69 p. 105 s. convenuto). Nel rapporto di dimissione del 12 maggio 2020 anche si prescrivevano misure fisiorilassanti quali massaggi, idromassaggio e impacchi caldi che la ricorrente effettuava di buon grado e che permettevano una migliore gestione dei dolori somatici e della tensione psichica. Inoltre ella proseguiva misure di ergoterapia iniziate durante il ricovero precedente volte al recupero della quotidianità, nonostante una perplessità iniziale ella mostrava capacità superiori alle proprie aspettative e una buona interazione in attività di gruppo (cfr. doc. 69 p. 109 convenuto). Non si sono eseguiti test per la fibromialgia né in clinica, né durante la perizia bidisciplinare. La valutazione internistica si basava su altre diagnosi (cfr. doc. 69 p. 33 ss. convenuto). Infine nei nuovi rapporti del 7 settembre 2022 del Dr. med. H. _____, essi, diceva che grazie alla sintomatologia e agli esami eseguiti (senza elencarli o nominarli) si riteneva che la fibromialgia diagnosticata era resistente a ogni tentativo terapeutico. Nella frase seguente però riteneva anche che un'alternativa terapeutica possibile potrebbe ancora essere un periodo riabilitativo in regime di day hospital che al momento la paziente non poteva eseguire per impedimenti negli spostamenti (cfr. doc. G ricorrente). Appare particolare nonché contraddittorio che egli ritenesse la fibromialgia resistente a ogni tentativo

- 51 - terapeutico per poi comunque proporre un'ulteriore alternativa terapeutica, inoltre sottolineando che questa non era possibile per dei motivi prettamente logistici visti gli impedimenti negli spostamenti. Il Dr. med. W._____ nominava l'esistenza di RMI, dicendo che questa mostrava al ginocchio destro dei segni degenerativi di entità media soprattutto a livello femoropatellare e del compartimento mediale con meniscosi del menisco mediale senza una vera e propria lesione. Egli non proponeva gesti chirurgici vista l'assenza di una vera e propria lesione meniscale (riferendosi alla diagnosi gonalgia bilaterale e fibromialgia senza specificare) ma una terapia palliativa con infiltrazioni di acido ialuronico e continuazione della fisioterapia. Per il ginocchio sinistro non proponeva terapie specifiche vista la sintomatologia molto lieve (cfr. doc. H ricorrente). Da tutto quanto elencato si deduce che la ricorrente non è mai assiduamente e intensivamente stata curata per fibromialgia, inoltre almeno in un'istanza (vedi rapporto delle fisioterapiste) la terapia non ha avuto successo per via dell'attitudine passiva e non proattiva della ricorrente, ma non si può sapere se con la giusta attitudine si sarebbe raggiunto un effetto contrario. Infatti anche il Dr. med. H._____, consigliava ancora una nuova terapia, sebbene egli stesso avesse ritenuto la fibromialgia resistente a ogni tentativo terapeutico. Inoltre si ricorda che secondo il rapporto del 12 maggio 2020 la ricorrente traeva già beneficio da semplici misure fisiorilassanti quali massaggi, idromassaggio e impacchi caldi. Risulta in questo caso che ci sono ancora capacità per trattare il disturbo della ricorrente, in particolare anche dal punto di vista psicoterapeutico. Valutando l'insieme, segnatamente l'aggravazione dei sintomi vissuti e sottovalutazione delle capacità da parte della ricorrente, nonché esasperazione dei sintomi e l'attitudine passiva ritenuta in altre sedi (vedi fisioterapista, Dr. med. Y._____) si ritiene che da questo approccio soggettivo non si può desumere resistenza, né insuccesso della terapia,

- 52 - né prognosi negativa. Piuttosto appunto una tendenza a un'attitudine passiva con tendenza all'aggravazione di quanto vissuto, sebbene in presenza di risorse come ben indicato dai periti. Inoltre si aggiunge il fatto che, come da lei stessa ammesso, il percorso terapeutico seguito porta giovamento, infatti anche il Dr. med. Y._____ consiglia di continuare con la cura psichica. Che la terapia sia positiva è anche confermato dal fatto che alla fine di tutti i ricoveri alla Clinica J._____ si notavano visibili miglioramenti (come ritenuto anche dal Dr. med. Y._____). Per quanto riguarda la fibromialgia, rimandando alla valutazione d'insieme appena qui ritenuta, non si è appunto in presenza d'insuccesso di terapie, anzi delle semplici misure fisiorilassanti, come attuate durante il ricovero in Clinica J._____, già portavano giovamento alla ricorrente, ma queste verosimilmente dovranno in futuro essere perseguite con maggiore tenacia e assiduità. 7.5.1.3. Per l'indicatore "successo dell'integrazione o resistenza alla stessa" si ritiene quanto segue. Sebbene la ricorrente non lavori più da novembre 2019 non hanno avuto luogo misure di integrazione (cfr. doc. 71 convenuto). Ciononostante si prenderà come riferimento il periodo lavorativo da aprile/maggio 2019 a fine ottobre 2019 durante il quale la ricorrente lavorava almeno a tempo parziale mentre già lamentava l'insorgenza di una sintomatologia algica persistente praticamente in tutto il corpo, accompagnata da stanchezza sull'arco di tutto il giorno e rapida affaticabilità ed ella era in cure dal medico curante per una sindrome ansioso depressiva (cfr. doc. 10 p. 10, doc. 24 p. 62 convenuto). La ricorrente da febbraio a dicembre 2018 lavorava presso il ristorante AE._____ di AF._____ parzialmente come cameriera (3-4 ore al giorno e nell'estate anche 8 ore al giorno; cfr. doc. 24 p. 62, doc. 40 p. 4 convenuto). In data 20 settembre 2018 la ricorrente inoltrava la prima domanda AI e indicava riguardo al danno alla salute "1. Sindrome ansio-depressiva, 2. Fibromialgia, 3.

Poliartrosi" (doc. 2

- 53 - convenuto; come anche sottolineato dal Dr. med. Y.____). Secondo egli lo stress principale sul piano psicologico sarebbe legato al cambiamento funzionale derivato dalle problematiche di salute somatica che avevano già caratterizzato la domanda AI precedente, egli ricordava che in seguito alla decisione negativa la ricorrente si era bloccata nell'identificazione con gli aspetti difettuali che le varie problematiche le procurano mostrando un atteggiamento passivo remissivo, egli riteneva utile migliorare le strategie di coping (cfr. doc. 69 p. 72 convenuto). Inoltre quando il 13 agosto 2019 venivano diagnosticate con perizia pluridisciplinare (quali diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa) sia fibromialgia che una sindrome mista ansiosodepressiva di lieve entità ICD-10 F41.2 (cfr. doc. 24 p. 25-26 convenuto) la ricorrente lavorava come cameriera (cfr. doc. 40 p. 4 convenuto). Si nota che al contempo durante il colloquio col perito psichiatrico Dr. med. AG.____ ella lamentava timori per la sua salute e il suo futuro, preoccupazione per il cuore e per i dolori diffusi che le impedirebbero di lavorare come prima, riferiva di ansia e sentimenti/pensieri negativi, apatia e sfiducia. Ella inoltre riferiva di prendere già farmaci (cfr. doc. 24 p. 62 s. convenuto). Nonostante tutto la prognosi a medio lungo termine era ritenuta buona (cfr. doc. 24 p. 67 convenuto). Il perito di reumatologia, Dr. med. AA.____, riteneva che la ricorrente aveva una personalità adeguata e "mantiene un'attività professionale nonostante la presenza di fibromialgia". Egli riteneva anche che la ricorrente mostrava un'amplificazione di sintomi di grado medio e che l'autovalutazione era inferiore alla reale capacità funzionale (cfr. doc. 24 p. 35 convenuto). Le conclusioni peritali della perizia pluridisciplinare ritenevano un'abilità lavorativa nella misura del 100% in tutte le discipline sia nell'attività da ultimo svolta che in altre attività (doc. 24 p. 27 convenuto). Quindi basandosi sul periodo 2018-2019 quando la ricorrente già soffriva di un disturbo ansiosodepressivo (al tempo di entità inferiore, ICD-10

- 54 - F41.2) e fibromialgico, si ritiene che ella comunque riusciva al contempo a lavorare e a condurre una vita "normale". Si può concludere che nel caso concreto ci sono indizi che parlano – in presenza della giusta volontà – quali forti indicatori di una capacità di prestazione conservata; ciò che lo psichiatra curante Dr. med. L.____ (e altri medici della Clinica M.____, ma anche il medico curante Dr. med. G.____) non hanno preso in considerazione quando attestavano ripetutamente a partire da gennaio 2020 un'inabilità lavorativa del 100% con prognosi sfavorevoli (cfr. doc. 35, 37, 45, 49, 52 p.1 convenuto, doc. E e F ricorrente). Per quanto riguarda le varie attestazioni del Dr. med. L.____ di un'incapacità lavorativa del 100% - quindi anche le valutazioni più recenti (cfr. doc. E, F ricorrente) - queste o non vengono motivate o la motivazione è talmente succinta che non è possibile trarne delle conclusioni rilevanti per il caso concreto, tanto più se si considera che il Dr. med. L.____ diagnosticava quale unico specialista e al contrario dei colleghi della Clinica J.____, del SMR e del SAM sia un ICD-10 F33.1 che un ICD-10 F61. Basandosi sugli atti permangono risorse anche in questo ambito, in particolare come proposto dai periti migliorando le strategie di coping. In ogni caso la ricorrente ha dimostrato di riuscire a lavorare sebbene già afflitta da disturbi di tipo psichiatrico e fibromialgia. 7.5.1.4. Per l'indicatore "comorbidità" si ritiene che la diagnosticata ICD-10 F33.1 e la fibromialgia sussistono parallelamente. La diagnosi di tipo psichiatrico è quella che assorbe le risorse della ricorrente e che appunto porta a un'incapacità lavorativa in misura del 30%. Non sussistono altre diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, ma diagnosi ritenute nelle perizie a disposizione senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, quali: fibromialgia

(diagnosticata da vari dottori, poi ancora diagnosticata il 7 settembre 2022 e 3 ottobre 2022 dai Dr. med. H. _____ risp. W. _____, quest'ultimo la associava come unico a una sindrome degenerativa soprattutto del ginocchio destro), disturbi toracici di natura extracardiaca,

- 55 - in parte muscolotendinea, in parte verosimilmente funzionale e disturbi neurovegetativi con tendenza ipotensiva d'origine multifattoriale (ritenute dalla perizia pluridisciplinare del 2019) e inoltre lieve adiposità, ipercolesterolemia, intolleranza al lattosio e tabagismo cronico (perizia bidisciplinare, cfr. doc. 69 p. 48 s. convenuto). Altri dottori ponevano altre diagnosi, rimaste non accertate nella perizia quali: osteoartrosi polidistrettuale / poliartrosi non specificata (Dr. med. H. _____ il 16 maggio 2018, cfr. doc. 10 p. 11 ss. e doc. 24 p. 77 convenuto, Clinica J. _____ doc. 52 p. 7 e doc. 69 p. 107 convenuto) risp. gonalgia bilaterale su condropatia – in seguito alla perizia bidisciplinare (Dr. med. H. _____ cfr. doc. G e Dr. med. W. _____ cfr. doc. H ricorrente) e artrosi del compartimento mediale e femoropatellare (cfr. doc. H ricorrente). Su queste diagnosi si tornerà in dettaglio più sotto. In conclusione, come già traspare dall'esame degli indicatori, queste (co-)patologie non paiono incidere in maniera decisiva sulle risorse lavorative della ricorrente, si dirà di più sotto.

E. 7.5.2

Per la sottocategoria "personalità" si ritiene quanto segue. Nella parte psichiatrica della perizia bidisciplinare si riteneva che la ricorrente ha uno sviluppo psicomotorio senza particolarità. Anche la scolarità veniva ritenuta tale. Sul piano affettivo/relazionale la ricorrente descriveva buoni rapporti sia con i famigliari che con gli amici (cfr. doc. 69 p. 69 s. convenuto). Nella perizia internistica la ricorrente indicava di sentire regolarmente al telefono sia sua madre che sua sorella, un po' meno frequente il fratello e il padre. Ella descriveva di aver sempre avuto un buon rapporto con tutti i famigliari, anche con entrambi i suoi figli (cfr. doc. 69 p. 15 s. convenuto). Ella riferiva di aver lavorato per diversi anni in percentuali diverse come cameriera fino alla fine del 2019 (cfr. doc. 69 p.

E. 7.5.3

Per la sottocategoria "contesto sociale" si ritiene quanto segue. Secondo quanto ritenuto nella perizia si deduce che sebbene la ricorrente indichi di stare molto a casa da sola e di guardare la tele praticamente tutto il giorno, il suo contesto sociale risulta intatto. Ella al Dr. med. Y. _____ infatti descriveva buoni rapporti sia con i famigliari che con gli amici (cfr. doc. 69 p. 69 s. convenuto). Nella perizia internistica la ricorrente indicava di sentire regolarmente al telefono sia sua madre che sua sorella, un po' meno frequente il fratello e il padre. Ella descriveva di aver sempre avuto un buon rapporto con tutti i famigliari, anche con entrambi i suoi figli. Inoltre allo stato abitava in un appartamento al secondo piano di una casa mentre al piano inferiore abita il figlio. Il figlio la sosterebbe con CHF 500.00 a - 60 - mese (cfr. doc. 69 p. 15 s. convenuto). Inoltre ella indicava alla Dr. med. X. _____ di avere delle amiche che sentirebbe al telefono (un'amica 2-3 volte a settimana), ma eviterebbe di vedere. Sebbene ella indicava dinanzi a entrambi i periti di non voler affrontare le persone e di evitarle, di tendere a isolarsi e di sentirsi sola, poi al contrario, indicava di non uscire mai sola a fare la spesa e di uscire solo con il figlio o con un'amica, e che da sola non farebbe nulla. Il figlio la aiuterebbe nel lavare e cucinare. Quando le mancherebbe il respiro per via dell'ansia chiamerebbe la madre e si consolerebbe con lei. I pensieri negativi che avrebbe avuto li avrebbe superati pensando ai suoi figli e al nipotino (il figlio di sua figlia). Ella poi indicava a pranzo di cucinare per sé e il figlio (cfr. doc. 69 p.

30 ss., p. 66 convenuto). Riguardo ai suoi matrimoni la ricorrente indicava di non avere praticamente più contatti con il primo marito (non si esprimeva sul matrimonio stesso; cfr. doc. 69 p. 15 convenuto). Il secondo matrimonio la ricorrente lo descriveva come particolarmente felice (cfr. doc. 69 p. 31 convenuto) e per lei sarebbe stata molto dura la separazione, inoltre il secondo marito avrebbe rotto tutti i contatti con lei. Ella non diceva di avere debiti e vivrebbe di diverse entrate quali l'assistenza sociale, il figlio che le passerebbe mensilmente dei soldi e l'anticipo alimenti del figlio versato dal Comune di AK._____, ella beneficerebbe inoltre del sussidio di cassa malati (cfr. doc. 69 p. 15 s. convenuto). Giustamente questi fattori di stress psicosociale e culturale non sono stati presi in considerazione dai periti. Nel complesso si evince che nonostante la seconda separazione risalente alla fine del 2019, il suo contesto sociale allo stato permane intatto. La forma di convivenza creata col figlio nonché i regolari contatti con la madre e con gli altri familiari (ella persino pensando ai figli e al nipotino supera i pensieri più negativi) e le amiche (NB: è stata accompagnata da un'amica al colloquio internistico, va a fare la spesa con le amiche o col figlio) sono, nonostante l'apparente stile di vita piuttosto ritirato della ricorrente, da

- 61 - considerare come risorsa interpersonale, in quanto ella ha un cerchio di persone che le sta vicino e che l'accompagna al bisogno. 7.5.4.1. Per la categoria "plausibilità (aspetti comportamentali)" e sottocategoria "analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti gli ambiti affini della vita" si ritiene quanto segue. Sia nelle singole perizie che nella parte interdisciplinare si denota che dal punto di vista psicopatologico è emersa una generale tendenza ad aggravare la presentazione dei sintomi, come anche indicato dai test eseguiti dallo psicologo Z.____ (cfr. doc. 69 p. 50 convenuto). Non ci sono strumenti di paragone con la vita precedente alla diagnosi ICD-10 F33.1 risp. di fibromialgia. Nella perizia non sono contenute indicazioni riguardanti eventuali limitazioni dovute ai dolori riconducibili alla fibromialgia, la paziente nomina solo una volta i dolori. Anzi ella descriveva dolori diffusi, ma durante l'esame clinico internistico – come ben notava la Dr. med. X.____ – ella si è vestita, svestita ecc. senza alcuna difficoltà apparente o senza alcun disturbo particolare (cfr. doc. 69 p. 39 convenuto). Inoltre come sopra ritenuto si nota che sebbene la ricorrente fosse già afflitta da fibromialgia e da una sindrome ansioso-depressiva nel 2019, ella ciononostante lavorava ancora almeno in percentuale parziale come cameriera, sebbene già allora narrasse di essere ansiosa, apatica e sfiduciata nonché di provare dolore a tutte le parti del corpo (cfr. doc. 24 p. 33, 62 convenuto). Partendo da questo presupposto si può ritenere che come già sopra detto, c'è una tendenza a esasperare i suoi sintomi in riferimento a determinati ambiti della propria vita. Riguardo al criterio del ritiro sociale i periti hanno ritenuto solo quanto soggettivamente esternato dalla ricorrente senza prendere posizione. Il Dr. med. Y.____ si limitava a ritenere che in seguito alla decisione negativa dell'Ufficio AI e alla separazione dal marito, la ricorrente si sarebbe bloccata nell'identificazione con gli aspetti difettuali che le varie

- 62 - problematiche le procurano, mostrando un atteggiamento passivo remissivo (cfr. doc. 69 p. 72 convenuto). In questa sede si riscontrano certe discrepanze. La ricorrente al colloquio internistico narra in sintesi di voler evitare le persone, di non volerle affrontare, di essere sempre tesa nell'affrontare le persone. Avrebbe delle amiche che sentirebbe al telefono ma eviterebbe di vederle. D'altronde però narra anche di non uscire mai sola a fare la spesa, di uscire solo con il figlio o con un'amica, di non fare nulla da sola. Quindi il problema di ritiro sociale, pare meno marcato di quanto la ricorrente non vorrebbe fare credere. Si nota inoltre che anche al colloquio internistico la ricorrente si è lasciata

accompagnare da un'amica. In aggiunta a ciò, dal punto di vista fibromialgico la ricorrente non ha narrato di dolori o disturbi nelle attività di tutti i giorni. Anzi anche qui si trovava una discrepanza nel racconto, in quanto ella narrava di passare dal letto al divano e basta, passando le giornate sul divano. Al contempo però narrava di una costante irrequietezza quotidiana dovuta all'ansia che la farebbe camminare tutto il giorno tra sala e camera, e alla sera sarebbe "sfinita". Per poi poco dopo descrivere la persistenza di una sintomatologia dolorosa, localizzata alle braccia e alle ascelle bilaterale, al collo e alla colonna lombare (cfr. doc. 69 p. 30 s. convenuto). Anche la ricorrente narrava di non fare la doccia e di lavarsi a pezzettini e di avere panico dell'acqua. Ella diceva di lasciarsi andare (cfr. doc. 69 p. 30 convenuto). Pure qui si nota una certa disparità considerato il fatto che la ricorrente poi a entrambi i colloqui coi periti si è presentata abbastanza curata nell'aspetto e anche nell'abbigliamento (cfr. doc. 69 p. 32 e 67 convenuto). Inoltre la Dr. med. X. _____ scriveva "a volte alle ore 19:30 già dorme fino alle ore 5:00-5:30" (cfr. doc. 69 p. 30 convenuto). Il Dr. med. Y. _____ invece riteneva che la ricorrente si coricava alle 22:30 (cfr. doc. 69 p. 66 convenuto). Paragonando con la perizia precedente del 2019 si nota che la ricorrente indicava di coricarsi alle ore 21:00-22:00 e 22:30 (cfr. doc. 24 p. 13, 44, 63 convenuto). Anche qui risulta che la risposta della ricorrente al Dr. med. Y. _____ sia in linea con quanto già riferito ai periti

- 63 - della perizia precedente, mentre quanto riferito alla Dr. med. X. _____ no. Le esagerazioni risp. aggravazioni di cui si narrava risultano quindi confermate in diversi ambiti. Vero è che la ricorrente durante la perizia internistica del 2019 narrava di occuparsi della casa – cosa che ora farebbe in maniera solo molto ridotta, di fare piccole passeggiate nei dintorni di casa sua – cosa che ora non nominava più, d'altronde già nel 2019 ella soffriva di una sindrome ansioso-depressiva ICD-10 F41.2 (di entità minore) e di fibromialgia, di conseguenza sebbene la situazione di salute della ricorrente appare essere lievemente peggiorata sul piano psicologico non ci si spiegano i marcati peggioramenti da lei narrati a livello di attività casalinghe. Inoltre ella già allora narrava di preparare i pasti – come ora per il figlio – di guardare dei programmi TV e di riposare spesso. Da quanto narrato dalla ricorrente, sembrano esserci discrepanze tra la narrazione piuttosto "pessimistica" e la realtà dei fatti. In sostanza si ritiene che quanto narrato dalla ricorrente riguardo alla sua isolamento e ai pochi contatti sociali, non rispecchia con così tanta gravità quanto extrapolato dalle perizie. Visti i suoi contatti sociali e il fatto che la ricorrente comunque si reca a fare la spesa, cucina, fa comunque le faccende domestiche a pezzi, ai colloqui è apparsa curata nel suo aspetto, e che ella si corica ancora agli stessi orari di qualche anno fa, si ritiene che anche in questa sottocategoria le limitazioni non siano così esacerbate come quanto attestato dalla ricorrente. La diagnosi dello psichiatra Dr. med. Y. _____ ritenente un'incapacità lavorativa del 70% è dunque plausibile. 7.5.4.2. Per la sottocategoria "sofferenza comprovata dall'anamnesi del percorso terapeutico e d'integrazione" si ritiene quanto segue. In questo ambito i periti non si sono espressi in maniera approfondita. Si evince che la ricorrente dall'apparire dei primi sintomi di disagio

- 64 - psichiatrico abbia seguito una terapia psichiatrica sia semi-stazionaria presso la Clinica M. _____ (Dr. med. L. _____), sia con ricoveri di tipo stazionario presso la Clinica J. _____, sia ambulatoriale. Dall'assidua frequentazione della ricorrente di tale tipo di terapia se ne può dedurre che la sua sofferenza in tale ambito non è comunque trascurabile e in questo senso le sue risorse diminuite e un'incapacità lavorativa del 30% risultano plausibili. Per quanto riguarda la sofferenza da fibromialgia, risulta chiaro dai certificati medici a

disposizione che la diagnosticano che non è stata seguita una cura continua e regolare al riguardo, è stata però prescritta fisioterapia e anche farmaci (cfr. doc. 10 p. 7s. e 21 s. convenuto). Ciò che si evince riguardo alle cure di fisioterapia (vedi certificato del 7 febbraio 2019) è che la ricorrente aveva un'attitudine passiva e non proattiva all'ideologia della riabilitazione, sebbene ella poi avesse portato a termine le tre settimane prestabilite (cfr. doc. 23 convenuto). Un'attitudine simile non può essere interpretata come riconducibile a grande sofferenza. Il rapporto fisioterapico del 18 gennaio 2019 riteneva che la ricorrente aveva svolto tre cicli di fisioterapia tra il 18 aprile e il 31 ottobre 2018 (cfr. doc. 24 p. 79 convenuto). A partire da agosto 2020 (cfr. doc. 52 p. 7 convenuto) fino ai certificati di settembre/ottobre 2022 non si è più tematizzata la fibromialgia, solamente le terapie psicoterapiche di cui sopra sono state perseguite in maniera costante. Infatti durante la perizia bidisciplinare la ricorrente indicava di non aver visto il medico curante G. _____ da un po' di tempo, l'ultima volta un anno prima circa (cfr. doc. 69 p. 30 convenuto). Se ne deduce che la sofferenza fibromialgica non è molto accentuata, altrimenti la ricorrente sarebbe stata spinta a farsi curare in maniera più estensiva.

E. 7.6

Sebbene in parte posteriori alla decisione impugnata, nella misura in cui apportanti informazioni che possibilmente concernono lo stato di salute fino alla decisione impugnata, si analizzano in questa sede anche i

- 65 - certificati medici ritenenti le diagnosi di gonalgia bilaterale su condropatia risp. su base degenerativa del ginocchio destro e sindrome degenerativa soprattutto del ginocchio destro dove sarebbe presente un'artrosi del compartimento mediale e femoropatellare attestate dai Dr. med. H. _____ risp. W. _____ con i rapporti medici del 7 settembre 2022 e del 3 ottobre 2022 (cfr. doc. G e H ricorrente). Si ritiene che le conclusioni della perizia bidisciplinare sono anche state condivise dal Dr. med. V. _____ sia il 31 agosto 2021 (cfr. doc. C3 convenuto) sia nel suo rapporto medico del 22 novembre 2022 (cfr. doc. C2 convenuto). Si nota che già prima della perizia bidisciplinare fosse stata diagnosticata dal Dr. med. H. _____ in data 16 maggio 2018 e 9 novembre 2018 osteoartrosi polidistrettuale (cfr. doc. 10 p. 11 ss. e doc. 24 p. 76 ss. convenuto), la ricorrente al tempo lavorava ancora e anche in percentuale piena (cfr. doc. 40 p. 4 convenuto) e il dottore proponeva solo una cura di farmaci la prima volta e la seconda volta egli riteneva "meno si fa dal punto di vista intervenistico e meglio sarà per questa paziente". La Clinica J. _____ nel rapporto di dimissione del secondo e terzo ricovero diagnosticava poliartrosi non specificata M15.9 (cfr. doc. 52 p.7, doc. 69 p. 107 convenuto). Nel rapporto di dimissione della Clinica J. _____ del 17 agosto 2020 si riteneva la diagnosi di fibromialgia e alla dimissione tra gli altri medicinali si prescriveva Celecoxib (cfr. doc. 52 p. 7 ss. convenuto) il quale è un analgesico riconducibile ai disturbi quali l'artrosi. Tale medicamento già non veniva più assunto al momento della perizia bidisciplinare nel 2021, sebbene la maggior parte degli altri medicinali prescritti alla dimissione dalla clinica venivano ancora assunti (cfr. doc. 69 p. 32 convenuto). Durante i ricoveri la ricorrente perseguiva misure fisiorilassanti ed ergoterapia. Il Dr. med. G. _____ scriveva in una breve e-mail che durante l'anno 2019 c'era stata un'esacerbazione acuta della conosciuta problematica artrosica con seguenti fisioterapia e uso di AINS e miorilassanti (cfr. doc. 46, doc. 52 p. 1 convenuto). Non sono disponibili

- 66 - altre informazioni riguardanti la gonalgia e l'artrosi, tranne appunto nei rapporti medici del 7 settembre 2022 e 3 ottobre 2022. Il Dr. med. H. _____ tematizza piuttosto la

fibromialgia nel suo rapporto medico, nominando solo velocemente la gonalgia bilaterale su condropatia "che ritengo meritevole di valutazione specialistica ortopedica". Quindi il suo rapporto medico è molto superficiale, conciso e non sembrerebbe che si fosse basato su degli esami. Si conferma la valutazione del Dr. med. V. _____ del RAD, al contrario di quanto ritenuto dalla ricorrente. In dettaglio il certificato medico del Dr. med. H. _____ non comprova niente di nuovo in quanto non appare dagli atti che il dottore segua regolarmente o conosca la paziente, infatti il suo accertamento, come già in passato è stato esperito su richiesta del medico curante della ricorrente. Il certificato riporta quanto lamentato dalla ricorrente, proponendo una possibile terapia, ma senza approfondire la diagnosi né esprimersi a livello obiettivo, né citare o allegare gli apparenti esami da lui eseguiti. Riguardo alla gonalgia bilaterale su condropatia le diagnosi non sono supportate e inoltre egli ritiene che sarebbe necessaria un'ulteriore valutazione ortopedica. Riguardo alla gonalgia bilaterale il Dr. med. H. _____ si basa su quanto riferito dalla ricorrente. Infine si denota che i certificati in questione non hanno fatto i punti litigiosi oggetto di uno studio approfondito, né il rapporto si è basato su esami completi, né le conclusioni dell'esperto sono ben motivate. Quindi se ne deduce che il rapporto medico in questo non ha valore probatorio. A ragione il convenuto si è basato sulla perizia disponibile del 2021 e questo nuovo certificato non riesce a scalfire quanto ivi ritenuto. Per il certificato del Dr. med. W. _____ del 3 ottobre 2022 (doc. H ricorrente) si ritiene che nell'anamnesi la ricorrente riferiva di dolori diffusi ai due arti inferiori, principalmente al ginocchio destro. Si indicava che erano state effettuate delle RMI. Il dottore riteneva che il ginocchio sinistro era molto meno sintomatico. La RMI del ginocchio destro mostrava dei

- 67 - segni degenerativi di media entità soprattutto a livello femoropatellare e del compartimento mediale con meniscosi del menisco mediale senza una vera e propria lesione. Il ginocchio sinistro era nella norma. Per il ginocchio destro si diagnosticava appunto un'artrosi del compartimento mediale e femoropatellare. In assenza di una vera e propria lesione meniscale non proponeva nessun gesto chirurgico ma piuttosto un'attitudine palliativa con infiltrazioni e fisioterapia. Per il ginocchio sinistro non si proponevano terapie specifiche in quanto sintomatologia molto lieve. In conclusione quindi a parte valutare le RMI che la ricorrente aveva fatto e non constatare gravi ma solo moderate lesioni, non sono nemmeno stati fatti nuovi accertamenti dal Dr. med. W. _____ (come tra l'altro da nessun dottore dall'anno 2018 in poi). Inoltre egli non ha nemmeno ritenuto necessario esprimersi sulla capacità lavorativa. Ci si appoggia in questa sede interamente a quanto ritenuto dal Dr. med. V. _____ (cfr. doc. C2 ricorrente). Il Dr. med. V. _____ sottolineava infatti la contraddittorietà tra quanto dichiarato dall'assicurata presso il Dr. med. H. _____ (gonalgia bilaterale) e presso il Dr. med. W. _____ (minimo quadro disfunzionale esclusivamente al ginocchio destro, con RMI che evidenzia solo moderati segni degenerativi). Ma l'obiettività rilevata in sede di accertamento peritale SAM era negativa per quanto riguarda le ginocchia. Secondo il dottore stando alla situazione descritta non ci si deve attendere alcuna incidenza teorica sulla capacità lavorativa adattata. A ragione quindi il convenuto si è basato sulla perizia disponibile del 2021 in quanto questo nuovo certificato non riesce a scalfire quanto ivi ritenuto. Inoltre non si ritiene necessario disporre ulteriori accertamenti medici per determinare l'incapacità lavorativa della ricorrente.

E. 7.7

Tornando sul valore probatorio dei vari certificati medici citati in questa sede si ritiene quanto segue. Riguardo alla perizia bidisciplinare del 10 agosto 2021, si ritiene che i periti hanno esperito le loro valutazioni in conoscenza del materiale medico esistente della ricorrente e così facendo

- 68 - si sono confrontati in maniera scrupolosa con le limitazioni mediche della ricorrente e hanno tratto le loro conclusioni basandosi sulle loro ricerche. Le informazioni fornite dalla ricorrente riguardo alla sua biografia, sviluppo della malattia e riguardo alla sofferenza attuale sono state prese in considerazione per la valutazione complessiva dello stato di salute e della capacità lavorativa. Questa perizia riveste quindi pieno valore probatorio. Lo stesso si ritiene per i rapporti medici della Clinica J._____, i quali tengono conto della storia, della situazione e delle limitazioni mediche della ricorrente nonché il rapporto medico del Dr. med. V._____ del SMR del 22 novembre 2022. Per quanto riguarda i rapporti dei medici curanti G._____ e L._____ e altri della Clinica M._____, nonché i rapporti medici seguenti la perizia bidisciplinare, si ritiene che sebbene essi forniscono una valutazione orientata alla situazione effettiva, trascurano di chiarire gli indicatori definiti dal Tribunale federale in merito alla valutazione della capacità lavorativa. Le analisi non si sono confrontate in maniera scrupolosa con le limitazioni mediche della ricorrente e i medici non hanno tratto le loro conclusioni basandosi su ricerche approfondite. Inoltre per quanto riguarda i medici curanti della ricorrente (team della Clinica M._____) si deve tener conto che in seguito al rapporto di fiducia instauratosi non può essere escluso che nel dubbio si esprimano a favore del proprio paziente. Invece sia il Dr. med. H._____ che il Dr. med. W._____ non hanno avuto in cura la ricorrente e si esprimono in maniera corta e superficiale sulla diagnosi e sulle conseguenze. Per questi rapporti appena citati non si può quindi prescindere desumere un valore probatorio pieno. Infatti si ribadisce che in particolare, la diversa natura del mandato di cura della persona (specialista) terapeutica da un lato e del mandato di valutazione peritale commissionato d'ufficio dall'altro non basta, per sé stessa, per mettere in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e per dare adito a ulteriori accertamenti, se i medici curanti giungono a opinioni differenti da quelle dei periti. Sono fatti salvi i casi in cui si impone una valutazione diversa dalla perizia (ufficiale) perché i

- 69 - rapporti dei medici curanti menzionano degli aspetti importanti che non sono puramente frutto di un'interpretazione soggettiva e che sono rimasti non riconosciuti o non apprezzati nella perizia, ciò che qui non è il caso, come illustrato in precedenza.

E. 7.8

Nel complesso, quindi, non vi sono ragioni valide, né vengono fornite dalla ricorrente, per discostarsi da una stima medica *lege artis* degli effetti funzionali dei diagnosticati danni alla salute, motivo per cui è vietata una revisione legale parallela rispetto alla determinazione della capacità lavorativa peritale (cfr. BGE 148 V 49 E.6.2.1). Le affermazioni della ricorrente e i rapporti medici presentati, sia i due rapporti riguardanti la diagnosi psichiatrica del Dr. med. L._____ del 15 ottobre 2021 e del 12 ottobre 2022 (cfr. doc. E, F ricorrente) sia quelli del Dr. med. H._____ del 7 settembre 2022 e del Dr. med. W._____ del 3 ottobre 2022 riguardanti la fibromialgia coesistente con gonalgia bilaterale su nota condropatia risp. fibromialgia associata a una sindrome degenerativa soprattutto al ginocchio destro dove sarebbe presente un'artrosi del compartimento mediale e femoropatellare, non sono idonei a sollevare dubbi concreti riguardo alla perizia del SAM del 10 agosto 2021. La ricorrente non ha fornito prove concrete che possano mettere in

dubbio l'affidabilità della perizia bidisciplinare, è quindi da appoggiare il risultato di tale perizia. Non è quindi contestabile che il convenuto si è basato sulla capacità lavorativa del 70% sia per l'attività consueta che per l'attività adeguata allo stato di salute. Al contrario di quanto richiesto dalla ricorrente, non sono necessari ulteriori accertamenti. 8. È considerata incapacità al guadagno la 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le

- 70 - conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 LPGGA). È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 LPGGA). In casu alla ricorrente è stata attestata la stessa capacità lavorativa sia nell'attività consueta che nell'attività adattata a causa di un disturbo psichico che la limita nella misura del 30% nella capacità lavorativa. Riguardo all'attività consueta i periti ritenevano globalmente una capacità lavorativa del 70% intesa come un'attività svolta sull'arco di un'intera giornata lavorativa, con rendimento ridotto del 30% per la necessità di maggiori pause e rallentamento nell'esecuzione di compiti. Si nota che allo stato persiste un problema somatico al ginocchio, per il quale tuttavia stando al Dr. med. V. _____ non c'è da aspettarsi un'incidenza teorica sulla capacità lavorativa adattata (cfr. doc. C2 convenuto). Per quanto la ricorrente chieda che sia ordinato un accertamento medico (valutazione pratica), che abbia a determinare l'incapacità lavorativa effettiva dell'assicurata, si osserva che l'attività consueta di cameriera va ritenuta già un'attività adatta. Ma anche ammettendo che vi sia un'attività adatta di tipo semplice più consona allo stato di salute della ricorrente, andrebbe comunque rilevato che nell'attività consueta di cameriera la ricorrente non percepiva un salario superiore ai valori statistici per attività di tipo semplice. Ne consegue che il grado d'invalidità corrisponde o è inferiore all'incapacità lavorativa del 30%. Visto quindi che non è raggiunto il grado minimo d'invalidità per una rendita AI del 40%, il convenuto ha giustamente negato un diritto a una rendita d'invalidità. 9. In esito a quanto precede il ricorso va respinto nel senso dei considerandi. In deroga al disposto di cui all'art. 61 cpv. 1 lett. a LPGGA, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di

- 71 - prestazioni AI davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. Giusta quanto previsto all'art. 69 cpv. 1bis LAI, l'ammontare delle spese è previsto fra i CHF 200.00 e i CHF 1'000.00 in funzione dei costi di procedura e senza riguardo al valore litigioso. L'esito della controversia giustifica di regola l'accollamento dei costi alla parte che perde la causa. Nell'evenienza, visto l'esito della procedura le spese di CHF 700.00 vengono quindi addebitate alla ricorrente (cfr. art. 73 cpv. 1 LGA). 9.1. Nel proprio ricorso, il ricorrente chiede di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGGA garantisce all'assicurato il diritto di farsi patrocinare e di poter beneficiare, a determinate condizioni, del gratuito patrocinio. A livello cantonale l'art. 76 della legge sulla giustizia amministrativa sancisce che tramite decisione determinante il corso della procedura o decisione nella causa principale, l'autorità può, su richiesta, concedere l'assistenza giudiziaria gratuita ad una parte che non dispone dei mezzi necessari, se la sua causa non è evidentemente temeraria o a priori senza speranza (cpv. 1). La concessione esenta da tutte le spese e tasse di un'autorità. Sono fatte salve le disposizioni sul

rimborso (cpv. 2). Laddove le circostanze lo giustificano, l'autorità designa a proprie spese un avvocato. L'indennità si conforma alla legislazione sugli avvocati (cpv. 3). Giusta l'art. 5 dell'ordinanza sulla determinazione dell'onorario degli avvocati (OOA; CS 310.250), per le spese legittime del mandato di gratuito patrocinio e la difesa d'ufficio viene versato all'avvocato un onorario di CHF 200.00 orari più spese necessarie in contanti e imposta sul valore aggiunto. È da chiarire l'indigenza della ricorrente. 9.2. Non è contestato che l'istante sia posta al beneficio dell'assistenza sociale pubblica, con ciò il suo stato d'indigenza va considerato comprovato, non essendo manifestamente in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento (DTF 119 Ia 11 e 103 Ia 100). La complessità della materia

- 72 - va poi ritenuta tale da giustificare il concorso di un legale e il processo non poteva neppure essere considerato privo di qualsiasi possibilità di successo. Per questi motivi la richiesta è accolta. Giusta la nota d'onorario del 14 febbraio 2023, i costi di patrocinio fatturati per il periodo da ottobre 2022 a febbraio 2023 ammontano a CHF 4'021.25 per CHF 250/h, comprensivi di spese di 3% e IVA del 7,7%. La tariffa oraria ritenuta deve però essere rivista in quanto secondo l'art. 76 cpv. 3 LGA l'indennità si conforma alla legislazione sugli avvocati. Secondo l'art. 16 della Legge sugli avvocati (CSC 310.100) in caso di mandati di gratuito patrocinio l'autorità che si occupa del caso stabilisce l'indennità dell'avvocato in base al dispendio di tempo necessario per un'assistenza giudiziaria appropriata. Secondo l'art. 5 dell'Ordinanza sull'onorario degli avvocati (OOA; CSC 310.250) per le spese legittime del mandato di gratuito patrocinio e la difesa d'ufficio viene versato all'avvocato un onorario di CHF 200.00 più spese necessarie in contanti e imposta sul valore aggiunto. In casu l'avvocata ha presentato una nota d'onorario con tariffa oraria di CHF 250.00 la quale deve quindi essere ridotta a CHF 200.00. Ne consegue un ricalcolo che risulta in un onorario effettivo di CHF 2'900.00, CHF 87.00 di spese di cancelleria e CHF 229.90 di IVA, per un totale di ripetibili ammontante a CHF 3'217.00. Tale importo andrà a carico della cassa del Tribunale. III. Per questi motivi il Tribunale giudica: 1. Il ricorso è respinto.

E. 12

ottobre 2022, questo brevemente riconferma a livello diagnostico quanto già reso noto in precedenza, quindi prima della decisione dell'Ufficio AI, confermando poi la presa a carico e l'inabilità lavorativa; quindi questo certificato, essendo stato rilasciato poco dopo la fine del procedimento, lascia trarre conclusioni sulla situazione esistente al momento della conclusione del procedimento amministrativo. I quattro

- 23 - certificati medici sono quindi da includere e verranno considerati nella presente valutazione. 6. Le parti ritengono quanto segue nei loro scritti. 6.1. La ricorrente lamenta che tra il progetto di decisione del 27 settembre 2021 e la decisione del 30 settembre 2022 sarebbero trascorsi ben 12 mesi, durante i quali il convenuto si sarebbe disinteressato della ricorrente e non avrebbe richiesto documenti sul suo stato di salute né esperito un'ulteriore verifica medica, rimanendo inattivo. Per la decisione del 2022 il convenuto si sarebbe basato esclusivamente sulla perizia del SAM del 10 agosto 2021, risalente a 14 mesi prima del ricorso e la quale si baserebbe su una visita medica del 15 e 17 marzo 2021 di 19 mesi prima del ricorso. Visto che il convenuto non avrebbe proceduto alle verifiche necessarie, la patrocinatrice della ricorrente avrebbe dovuto rivolgersi al Dr. med. L._____, allo psicologo T._____ e al Dr. med. G._____, che avrebbero in cura la ricorrente. I primi due avevano allestito un rapporto medico già il

E. 15

ottobre 2021 e uno nuovo il 12 ottobre 2022. Ella cita da questo: il referente teorico ICD-10 con presenza di indicatori diagnostici quali sindrome depressiva ricorrente, episodio di media entità in atto con sintomatologia biologica annessa F33.1 e disturbo di personalità forme miste marcati tratti dipendenti F61. Inoltre citava la prognosi altamente sfavorevole coadiuvata a un'inabilità lavorativa al 100% nei confronti di tutte le professioni. Infine citava lo stato di salute compromesso definitivamente e senza possibilità di miglioramento sul piano clinico, psicopatologico, valetudinario. Gli specialisti il 15 ottobre 2021 le avrebbero attestato un IL del 100% per tutte le professioni con prognosi altamente sfavorevole indicando la necessità di un terzo parere. La ricorrente cita poi i rapporti del 7 settembre e 3 ottobre 2022 del Dr. med. H. _____ risp. W. _____ dai quali risulterebbe che la ricorrente presenterebbe dolori generalizzati investigati più volte negli ultimi mesi

- 24 - nell'ambito di una fibromialgia di lunga durata. Ci sarebbero poi lesioni di tipo degenerativo in ambito reumatico-artrosico, che influirebbero sulla capacità lavorativa. Secondo la ricorrente da quanto da lei esposto si potrebbe rilevare chiaramente che la sua patologia psichiatrica avrebbe una rilevanza centrale ed essenziale per la sua capacità lavorativa. Il rifiuto del convenuto di procedere a una verifica e perizia attestante lo stato di salute attuale della ricorrente sarebbe evidente, arbitrario e insostenibile. L'affermazione del convenuto sarebbe totalmente estranea alla realtà dei fatti e insostenibile (cioè affermare che non sarebbero necessari ulteriori accertamenti dato che non porterebbero a nuove conoscenze). Il convenuto non potrebbe astenersi per 12 mesi da verifiche, ritenendo che nel frattempo non sarebbe successo nulla, senza acquisire i rapporti necessari e giudicare su un quadro risalente ad agosto 2021 che non sarebbe aggiornato e che rispetterebbe solo parzialmente la situazione della ricorrente. Alla luce dei certificati presentati le motivazioni della sentenza impugnata sarebbero arbitrarie. Confrontando la perizia del 10 agosto 2021 con i rapporti del 15 ottobre 2021 e del 12 ottobre 2022 ci sarebbero delle contraddizioni riguardanti la capacità lavorativa, nella perizia ritenuta globalmente del 70% (con rendimento ridotto del 30% per la necessità di maggiori pause e rallentamento nell'esecuzione dei compiti), mentre negli altri due rapporti si riterrebbe un'inabilità lavorativa del 100% per la totalità delle professioni. Poi nella perizia si riterrebbe una sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado moderato (ICD-10 F33.1), mentre negli altri due rapporti si riterrebbe una sindrome depressiva ricorrente, con episodio di media entità in atto con sintomatologia biologica annessa ICD-10 F33.1, disturbo di personalità forme miste marcati tratti dipendenti ICD-10 F61. Quindi la ricorrente ritiene necessario un completamento dell'istruttoria con ulteriori

- 25 - accertamenti medici, dato che le conclusioni dei rapporti sarebbero completamente diverse da quelle della perizia. Nella replica ella contestava integralmente le motivazioni del convenuto, confermando quanto già indicato nel ricorso. Il convenuto nella presa di posizione per giungere alle proprie conclusioni effettuerebbe esclusivamente una valutazione teorica e non pratica della capacità lavorativa. La ricorrente chiedeva di essere convocata al più presto presso un centro adeguato per un accertamento professionale concreto. 6.2. Il convenuto nella presa di posizione rimanda agli atti allegati per quanto concerne la fattispecie (in particolare agli atti 24, 26, 27, 28, 36, 40, 56, 69, 72, 80). Per la motivazione delle richieste rimanda alla decisione del 30 settembre 2022, che conferma integralmente (cfr. doc. A ricorrente). Nella decisione l'Ufficio AI in risposta a quanto ritenuto dalla patrocinatrice nella lettera del 28 ottobre 2021 si esprimeva sulla

determinazione del reddito ipotetico, sulla valutazione delle prestazioni lavorative ancora pretendibili dall'assicurata, riguardo al valore probatorio di un rapporto medico e con quali mezzi chiarire la fattispecie. L'Ufficio AI concludeva che nel presente caso ci si poteva basare in particolare sulla perizia medica bidisciplinare del SAM. Si richiamava quindi la diagnosi di una sindrome depressiva ricorrente ICD-10 F33.1 e rispettando quindi a partire da dicembre 2019 un'abilità lavorativa del 70% sia nell'attività originaria come cameriera che in attività adatte allo stato di salute. Dal punto di vista psichiatrico la ricorrente sarebbe limitata nella misura del 30% ascrivibile alla diagnosi di depressione moderata, quindi ella necessiterebbe di maggiori pause durante l'attività lavorativa. Tale valutazione bidisciplinare era stata confermata dal Dr. med. V. _____ del SMR. Infine l'Ufficio AI riteneva che la valutazione bidisciplinare fornisse un quadro sufficientemente chiaro in merito allo stato di salute e le conseguenze sulla capacità lavorativa, quindi una valutazione affidabile del diritto alle prestazioni sarebbe possibile anche senza richiedere ulteriori

- 26 - accertamenti. Il certificato del 15 ottobre 2021 prodotto dalla ricorrente, non sarebbe stato ritenuto in grado di convincere né scalfire la valutazione bidisciplinare SAM, in quanto i medici non avrebbero segnalato una terapia farmacologica, non avrebbero apportato elementi di novità rilevanti e innanzitutto non si sarebbero confrontati con le risultanze dei medici del SAM. Inoltre si riteneva a tal riguardo che i medici del SAM si sarebbero pronunciati in tal senso verso i medici di M. _____, cioè che la ricorrente sovrastimerebbe i suoi disturbi e sottovaluterebbe le sue risorse e le sue capacità. Ci si stupiva del fatto che benché seguita in day hospital da tanto tempo, con visite tre volte alla settimana e in presenza di chiare risorse, queste non avrebbero potuto essere mobilitate. Bisognerebbe evitare comportamenti che favorirebbero la tendenza regressiva da parte dell'assicurata. L'assicurata avrebbe comunque risorse, i problemi sarebbero soprattutto in ambito sociale e familiare, con anche ormai un'assenza dal mondo del lavoro da oltre un anno e mezzo. Inoltre non sarebbe inusuale che le valutazioni di medici diversi in merito alla capacità lavorativa si contraddirebbero. I medici di M. _____ quali medici curanti fornirebbero una valutazione orientata alla situazione effettiva, tuttavia trascurando di chiarire gli indicatori definiti dal Tribunale federale in merito alla valutazione della capacità lavorativa. I medici del SAM e SMR per contro sarebbero specializzati per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni e fornirebbero tutte le indicazioni mediche necessarie in merito. Essi avrebbero le competenze di esprimersi oggettivamente dal punto di vista medico-assicurativo e medico-funzionale sulla capacità lavorativa residua. Inoltre per i medici curanti si dovrebbe tener conto che in seguito al rapporto di fiducia instauratosi non potrebbe essere escluso che nel dubbio si esprimano a favore del proprio paziente. Si concludeva ritenendo che a partire da dicembre 2019, ad eccezione dei periodi di degenza, dall'assicurata poteva essere pretesa sia l'attività originaria di cameriera sia un'attività adeguata allo stato di salute per un volume del 70% (sull'arco della giornata con rendimento ridotto per la necessità di

- 27 - maggiori pause e per una maggior lentezza nello svolgimento dei compiti). Inoltre si ricordava il principio generale per il quale ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (cfr. doc. 80 p. 1-6 convenuto). Nella presa di posizione dinanzi a questo tribunale il convenuto riteneva che sulla base della documentazione medica agli atti, il convenuto avrebbe potuto partire dal presupposto che a partire dal dicembre 2019 (primo ricovero in ambito psichiatrico), a eccezione dei periodi di degenza, la ricorrente disporrebbe di una capacità lavorativa del 70% sia nell'ultima attività lavorativa come

cameriera sia in ogni attività adatta allo stato di salute. Attività intesa come svolta sull'arco di un'intera giornata lavorativa con rendimento ridotto per la necessità di maggiori pause e per maggior lentezza nello svolgimento dei compiti. Per quanto riguarda le valutazioni del 7 settembre e 3 e 12 ottobre 2022, queste non sarebbero in grado di scalfire le valutazioni del SAM e del SMR, dato che con esse non verrebbe fatto valere un peggioramento sostanziale dello stato di salute risp. un peggioramento sostanziale delle sue conseguenze sulla capacità lavorativa. Nel secondo scritto il convenuto riteneva che la fattispecie giuridicamente rilevante per decidere la richiesta di rendita sarebbe già sufficientemente chiara senza dover attuare un accertamento professionale concreto. 7. Lo scrivente Tribunale prenderà in considerazione la perizia bidisciplinare del 2021 e quella pluridisciplinare del 2019 nonché i rapporti medici ivi enumerati, quindi in particolare i rapporti medici della Clinica J._____, i rapporti dei medici curanti G.____ e L.____ (ed altri della Clinica M.____). Inoltre prenderà in considerazione i quattro rapporti medici ricevuti con il ricorso (cfr. consid. 5.6) e il rapporto medico del Dr. med. V.____ del SMR del 22 novembre 2022 nonché la sua valutazione finale

- 28 - del 31 agosto 2021. I singoli rapporti medici verranno citati a tempo debito. Riguardo al valore probatorio si dirà più sotto.

E. 16

e 65 convenuto). Il Dr. med. Y.____ riferiva che dal profilo

- 56 - psicomotorio non si evincevano grosse alterazioni, la ricorrente risultava lievemente inibita. La mimica era congrua ai contenuti, lo stato di coscienza senza evidenti alterazioni, ben orientato nel tempo/spazio, su di sé e rispetto alla situazione attuale. Il colloquio era informativo, l'eloquio fluido e coerente, dal profilo cognitivo non si evidenziavano particolarità. Erano mantenute le capacità di critica e di giudizio, non emergevano disturbi della forma né del contenuto del pensiero. Erano assenti dispercezioni. L'umore mostrava una lieve deflessione, associata soprattutto ai timori per il futuro, con visione pessimistica. Erano presenti lievi quote d'ansia. La ricorrente riferiva di una funzione ipnica disturbata da alcuni risvegli, ma nel complesso buona (cfr. doc. 69 p. 67 s. convenuto). Ciò che peraltro il Dr. med. Y.____ aveva già ritenuto nella perizia del 2019 (cfr. doc. 24 p. 63 s. convenuto). Inoltre sebbene ci fossero strategie di coping regressive, tali aspetti non raggiungerebbero la soglia per porre diagnosi di ICD-10 F60 o ICD-10 F61, anche dalle analisi della Clinica J.____ non sarebbero emersi disturbi di personalità specifici (cfr. doc. 69 p. 70 convenuto). Nella parte interdisciplinare della perizia si riteneva poi che la ricorrente apparirebbe "sospesa" nell'identificazione con gli aspetti difettuali che le varie problematiche le procurano, mostrando un atteggiamento passivo remissivo. Dall'analisi dei test emergeva inoltre una generale tendenza ad esasperare la descrizione dei suoi sintomi per cui si riteneva utile discutere con la ricorrente le conclusioni al fine di migliorare le strategie di coping. Si sottolineava che la diagnosi di disturbo di personalità posta dal Dr. med. L.____ non era mai stata riproposta nei vari ricoveri in ambito psichiatrico (cfr. doc. 69 p. 49 convenuto). Infatti sebbene il Dr. med. L.____ abbia diagnosticato a più riprese a partire dal 18 maggio 2020 oltre alla nota sindrome depressiva ricorrente episodio di media entità in atto con sintomi biologici ICD-10 F33.1 anche un disturbo di personalità forme miste tratti dipendenti ICD-10 F61, questa

- 57 - diagnosi non è stata riproposta né dagli esperti delle perizie, né dagli esperti del SMR, né dagli esperti della Clinica J.____. Il Dr. med. L.____ riteneva con rapporto medico del

18 maggio 2020 la prognosi sulla capacità lavorativa altamente sfavorevole. Prevedeva poi un trattamento psichiatrico e psicoterapico individuale e di gruppo sotto regime di ricovero semistazionario. Egli sosteneva che la paziente era inabile al lavoro al 100% verso la totalità delle professioni (cfr. doc. 45 convenuto). Questa diagnosi si riproponeva invariata nei suoi rapporti medici del 7 ottobre 2020 (cfr. doc. 49 convenuto) del 15 ottobre 2021 e del 12 ottobre 2022 (cfr. doc. E e F ricorrente). I rapporti medici del Dr. med. L._____ antecedenti la perizia bidisciplinare sono già stati elencati nella perizia psichiatrica del Dr. med. Y._____ (cfr. doc. 69 p. 60 convenuto) però egli anche in considerazione del rapporto summenzionato ha valutato l'esistenza solo di ICD-10 F33.1. La valutazione del Dr. med. Y._____ corrisponde alle valutazioni del 7 febbraio 2020, del 12 maggio 2020 e del 17 agosto 2020, della Clinica J._____ in seguito ai tre ricoveri della ricorrente. Si denota che con i due certificati medici seguenti la perizia bidisciplinare non vengono forniti elementi diagnostici nuovi rispetto alla perizia, ma i due certificati sono molto concisi e si limitano a spiegare la presa a carico, elencare la diagnosi con prognosi senza andare minimamente nel dettaglio. Non vengono fatti riferimenti riguardo all'attuale sintomatologia, alla terapia farmacologica seguita e a quali elementi oggettivi si debba ascrivere la persistenza di una presa a carico semi-stazionaria. Come giustamente riteneva il Dr. med. V._____, dal certificato del 12 ottobre 2022 non si ravvede l'eventuale necessità di un ricovero, tanto più che al termine dell'ultimo ricovero clinico a I._____ la ricorrente aveva avuto dei netti miglioramenti. Inoltre il certificato non affronta gli elementi della perizia, né gli elementi di aggravamento / simulazione ivi ritenuti. Inoltre, sempre richiamando quanto sopra ritenuto, c'è da appoggiare quanto scritto dal Dr. med. V._____ che ritiene una correlazione stretta tra licenziamento risp. separazione e richiesta AI, i quali dovrebbero essere

- 58 - esclusi dalla valutazione (vedi sopra). Infine si denota che i certificati in questione non hanno fatto i punti litigiosi oggetto di uno studio approfondito, né il rapporto si è basato su esami completi, né le conclusioni dell'esperto sono ben motivate. Quindi se ne deduce che i due rapporti medici della Clinica M._____ seguenti la perizia bidisciplinare non hanno valore probatorio. Inoltre si ritiene secondo il tribunale federale che i medici curanti nel dubbio tendono talvolta a testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la posizione di fiducia instaurata contrattualmente. In particolare, la diversa natura del mandato di cura della persona (specialista) terapeutica da un lato e del mandato di valutazione peritale commissionato d'ufficio dall'altro non basta, per sé stessa, per mettere in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e per dare adito a ulteriori accertamenti, se i medici curanti giungono a opinioni differenti da quelle dei periti. Sono fatti salvi i casi in cui si impone una valutazione diversa dalla perizia (ufficiale) perché i rapporti dei medici curanti menzionano degli aspetti importanti che non sono puramente frutto di un'interpretazione soggettiva e che sono rimasti non riconosciuti o non apprezzati nella perizia. In questo caso la diversa natura del certificato medico del Dr. med. L._____ che mette in discussione le conclusioni peritali non basta per mettere in discussione la perizia SAM o per dare adito a ulteriori accertamenti. E quindi si appoggia quanto ritenuto dal convenuto in questo senso. Si ricorda che i dottori della clinica M._____ sono gli unici a diagnosticare una ICD-10 F61, a differenza dei periti del SAM, dei dottori del RAD e degli esperti clinici della Clinica Santa Chiara che diagnosticano una ICD-10 F33.1. Quindi a differenza di quanto asserito dalla ricorrente, sebbene il Dr. med. L._____ giunga a conclusioni diverse nei due certificati sopramenzionati, queste non scalfiscono le conclusioni della perizia bidisciplinare e il rifiuto del convenuto di procedere a una verifica della perizia e dello stato di salute attuale della ricorrente non è quindi arbitrario e insostenibile come ritenuto dalla ricorrente. Ci si

basa sulle conclusioni della perizia bidisciplinare al riguardo.

- 59 - Inoltre riguardo ai fattori di stress e alle risorse si aggiungeva nella perizia bidisciplinare che lo stress principale sul piano psicologico sarebbe legato al cambiamento funzionale derivato dalle problematiche di salute somatica, che avevano già caratterizzato la domanda di AI precedente, infatti il Dr. med. Y. _____ ricordava che la ricorrente nell'estate del 2018 lavorava diverse ore al giorno e nel contempo postulava domanda di rendita. In seguito alla decisione negativa dell'Ufficio AI e alla separazione del marito, la ricorrente si sarebbe bloccata nell'identificazione con gli aspetti difettuali, che le varie problematiche le procurerebbero, mostrando appunto un atteggiamento passivo remissivo (cfr. doc. 69 p. 49 convenuto). Non sono quindi state trovate prove di un disturbo di personalità o un cambiamento di personalità. Sebbene la ricorrente soggettivamente narri di temere le persone non volendole affrontare e di stare chiusa in casa, nel contesto globale, non è emerso alcun modello comportamentale radicato o persistente associato a una compromissione del funzionamento sociale e delle prestazioni (al riguardo si veda anche il considerando successivo). Sono presenti risorse anche in questo senso.

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