

TI_GERICHTE 32.2014.115 vom 12. August 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-08-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.115

FR: TI_GERICHTE 32.2014.115 du 12 août 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.115 del 12 agosto 2014

Regeste

Riduzione a un quarto della rendita intera precedentemente erogata per miglioramento delle condizioni. TCA ritiene necessari ulteriori accertamenti medici. Ufficio AI condannato a coprire costi della perizia medica privata

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . 2.3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché – in simili condizioni – l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGa parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 p. 221 consid. 1; RCC 1986 p. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità e che per mansioni consuete dei religiosi s'intende

ogni attività svolta dalla comunità. L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 p. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, p. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, p. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 p. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

2.4. Nel caso in cui invece l'interessato svolge (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa risulta applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI secondo cui: " se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPG. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plädoyer* 5/06 p. 54 segg. e STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 p. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni.

2.5. D'altra parte, secondo l'art. 17 cpv. 1 LPG, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPG. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349

consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 379-380). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.6. In occasione dell'evasione della domanda di prestazioni presentata nel luglio 2004 dall'assicurata, che lamentava dolori fibromialgici, l'amministrazione, dopo aver esaminato i certificati dei medici curanti (segnatamente del dr. _____, generalista, per il quale l'assicurata era priva di energia a motivo della diagnosi di "fibromialgia con decondizionamento psico-fisico, sindrome algica generalizzata e depressione reattiva", doc. AI 11 e del dr. _____, psichiatra, per il quale l'assicurata era sofferente di "Fibromialgia e disturbo di personalità", doc. AI 17), aveva incaricato il Servizio di psichiatria e di psicologia medica dell'_____ di redigere una perizia psichiatrica. Con rapporto del 5 ottobre 2005, la dr.ssa _____, specialista in psichiatria, per il _____, poste le diagnosi di "Altra Sindrome ansiosa specificata (ICD 10 F 41.8), Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4), Sindrome affettiva persistente di altro tipo (ICD-10 F 34.8), Altra Modificazione duratura della personalità (ICD-10 F 62.8)", dopo aver ricordato che la paziente soffriva essenzialmente di problemi derivati da una "crisi" emotiva-psicologica, mai risanata e causata da fatti accaduti in occasione del suo apprendistato che, abbinati a solitudine, violenza, sopruso, assenza di figure adulte rassicuranti avevano fatto sviluppare un blocco emotivo che aveva di fatto portato l'assicurata a ritirarsi dalla vita normale, ha concluso che per quanto riferito all'attività da ultimo svolta così come in ogni altra attività

l'assicurata, considerato lo stato psicologico e le gravi ripercussioni sul fisico, era da considerare inabile al lavoro nella misura del 80% a partire dal 2003 (...)" (doc. AI 21/4-5). L'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica effettuata il 12 aprile 2006 ha concluso per limitazioni complessive in ragione del 36% da giugno 2003 (doc. AI 28). Di conseguenza, mediante decisione del 14 giugno 2006, considerata una limitazione del 36% quale casalinga (quota parte del 20%) e dell'80% come salariata (quota parte dell'80%) e, quindi, un grado di invalidità complessivo del 71%, l'amministrazione ha riconosciuto una rendita intera di invalidità dal 1. luglio 2004 (doc. AI 31). In sede di una revisione avviata nell'aprile 2007, sentiti i curanti dell'assicurata, la prestazione è stata confermata mediante comunicazione del 7 settembre 2007 (doc. AI 40).

2.7. Al considerando precedente sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione di una rendita intera. In tale contesto, va rilevato che il TCA deve situarsi al mese di agosto 2014 (momento in cui è stata emanata la decisione impugnata) e valutare se, dopo il 14 giugno 2006 (rispettivamente settembre 2007), le condizioni di salute dell'assicurata abbiano subito un miglioramento tale da giustificare la riduzione a un quarto del diritto alla rendita intera.

2.8. Nell'ambito della revisione avviata nel luglio 2012, l'Ufficio AI, interpellato il dr. _____ (che ha certificato un peggioramento progressivo negli ultimi anni, doc. AI 46), ha fatto eseguire una perizia pluridisciplinare a cura del SAM, dalla quale, datata 28 gennaio 2013 (doc. AI 58), risulta che sulla base di consultazioni psichiatriche (dr. _____), pneumologiche (dr. _____) e reumatologiche (dr. _____) sono state poste le diagnosi di: " 6.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Diagnosi psichiatrica Sindrome affettiva persistente di altro tipo (ICD-10 F 34.8). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Modificazione duratura della personalità (ICD-10 F 62.8). Diagnosi pneumologica Nessuna. 6.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome algica generalizzata aspecifica. Decondizionamento muscolare. Disturbi statici del rachide." In merito alla capacità lavorativa i periti hanno in sostanza concluso che dal lato strettamente pneumologico e reumatologico non vi erano patologie con influsso sulla capacità lavorativa. Dal lato psichiatrico per contro era accertata una patologia psichiatrica caratterizzata come descritto dal Dr. med. _____ dalla presenza di una sindrome affettiva persistente di altro tipo (ICD-10 F 34.8), da una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4), una modificazione duratura della personalità (ICD-10 F 62.8). Quanto alla sindrome da dolore somatoforme persistente, la stessa adempiva i criteri di Förster. Per quanto riferito invece alla diagnosi di sindrome ansiosa specificata, che era stata diagnosticata nel 2005 dalla dr.ssa _____, i periti, sulla base del consulto del dr. _____, hanno rilevato che non vi erano più chiari sintomi a favore di tale diagnosi né segni d'ansia rilevati durante tutta la visita e nemmeno durante la raccolta anamnestica e la visita presso il SAM. Hanno quindi concluso per una limitazione della capacità lavorativa, per il motivo psichiatrico, del 50%, attestando quindi un miglioramento rispetto alla valutazione eseguita da parte della Dr.ssa _____, lo stesso essendo soprattutto legato ad una diminuzione dello stato ansioso presente nella precedente perizia psichiatrica. La sindrome ansiosa era infatti totalmente regredita alla valutazione attuale, così come non più evidenziabili erano i dolori in sede retrosternale e addominale. Secondo i periti tale miglioramento clinico era da considerare presente almeno da alcuni mesi, senz'altro a partire dal 1. gennaio 2012 in avanti, con una conseguente incapacità lavorativa del 50% per ogni attività medico-teorica e nella misura del 40% come casalinga, con una prognosi stazionaria. La diminuzione della capacità lavorativa era soprattutto legata all'astenia e ad

una sensazione di stanchezza e di debolezza fisica, rilevato anche come il dolore condizionasse il resto della sintomatologia psico-fisica rendendo l'assicurata lenta, inaffidabile, con minor resistenza e maggiore esauribilità davanti ad ogni compito. Secondo i periti tale incapacità lavorativa psichiatrica teneva in considerazione pure il dolore cronico dovuto alla sindrome dolorosa generalizzata. Hanno quindi concluso: " 8 CAPACITÀ LAVORATIVA DISCUSSA E CONCORDATA TRA TUTTI I PERITI 8.1 Capacità lavorativa nell'attività abituale L'A. viene ritenuta abile al lavoro nella misura del 50% nelle attività finora svolte e in altre attività di pari impegno fisico. 8.2 Evoluzione della capacità lavorativa e prognosi La capacità lavorativa deve essere ritenuta nella misura del 50% a partire dall'1.1.2012 in avanti. In precedenza fa stato quanto deliberato dall'Ufficio AI in precedenza. Non abbiamo quindi potuto attestare il peggioramento dichiarato dall'A.; anzi dalla precedente perizia psichiatrica dell'ottobre 2005 è subentrato un miglioramento, presente già da qualche tempo, sicuramente dall'1.1.2012 in avanti. Infatti, nel corso dell'ultimo anno, le visite psicoterapiche e mediche si sono rarefatte. 8.3 Capacità lavorativa nell'attività di casalinga Come casalinga l'A. deve essere ritenuta abile al lavoro nella misura del 60%, sempre a far capo dall'1.1.2012 in avanti. 9 CAPACITÀ DI INTEGRAZIONE 9.1 Capacità lavorativa in attività adatta Anche in un'attività lavorativa leggera e adatta vale quanto descritto al capitolo 8.1, e cioè una capacità lavorativa del 50% dall'1.1.2012 in avanti. 9.2 Evoluzione della capacità lavorativa e prognosi La capacità lavorativa deve essere considerata tale a partire dall'1.1.2012 in avanti. La prognosi è da considerare stazionaria nel tempo. (...)" (doc. AI 58/49-55) Con rapporto finale 30 gennaio 2013 il dr. _____ del SMR ha avallato la perizia multidisciplinare, evidenziando l'intervento di un miglioramento rispetto alla perizia dell'ottobre 2005 e, quindi, ammettendo un'inabilità lavorativa in ogni attività del 50% per la problematica psichiatrica (doc. AI 60). Effettuata quindi l'inchiesta domiciliare l'8 agosto 2013 (che ha ravvisato minori impedimenti nelle mansioni "spesa e acquisti diversi" e "bucato", doc. AI 63), con annotazione 17 settembre 2013 la dr.ssa _____ del SMR ha osservato quanto segue: " (...) Dalla valutazione SAM presente quindi: il Dr _____ attesta un miglioramento del quadro clinico rispetto alla valutazione della Dr.ssa _____ del 2005 poiché ora non sono soddisfatti i criteri per porre diagnosi di S ansiosa; descrive un quadro regressivo tale da poter ancora confermare una diagnosi di sindrome affettiva persistente e di ritenere assolti i criteri di Foerster e giudicare quindi il disturbo somatoforme come invalidante. Secondo il suo giudizio il miglioramento del quadro porta a giudicare una IL ora del 50% e dal 1 gennaio 2012. Non mi è chiaro il motivo per il quale il perito attesti l'inizio del miglioramento della CL da tale data e quali siano gli aspetti concreti di tale miglioramento, in particolare che effetti essi abbiano avuto nell'andamento della CL e nella sua nuova valutazione. Pertanto chiedo al perito di poter rivalutare l'A al fine di attestare se vi è una stazionarietà rispetto al quadro clinico da lui evidenziato nella sua visita del 22.10.2012. La valutazione medico teorica come casalinga del Dr. _____ si discosta dalla valutazione a domicilio da parte dell'Assistente Sociale; chiedo quindi al perito se leggendo l'inchiesta a domicilio ritiene che i limiti da lui definiti siano stati adeguatamente considerati." (doc. AI 65/1-2) Con una valutazione peritale del 9 dicembre 2013, il SAM, sulla base di un nuovo consulto effettuato dal dr. _____, ha confermato le diagnosi già poste in occasione della perizia del 28 gennaio 2013 confermando un'inabilità lavorativa del 50% in ogni attività e del 40% come casalinga (doc. AI 69). Sulla base del rapporto 19 dicembre 2013 del medico SMR (per il quale il miglioramento andava comunque fatto risalire solo all'ottobre 2012, ossia alla data della valutazione del perito del

SAM, cfr. doc. AI 70) e della valutazione del consulente professionale (doc. AI 73), annullato il provvedimento 13 giugno 2014 mediante decisione 1. luglio 2014 (cfr. doc. AI 80 e al consid. 1.2), con un ulteriore provvedimento del 12 agosto 2014, preceduto da un progetto del 28 marzo 2014, l'amministrazione ha nuovamente ridotto la prestazione a un quarto di rendita dal 1. ottobre 2014, motivando come segue: "(...) Esito degli accertamenti: In primo luogo si rammenta che in assenza del danno alla salute avrebbe continuato a svolgere un'attività lucrativa in misura dell'80%, il restante 20% è dedicato alle mansioni consuete. Dalla documentazione medico-specialistica acquisita all'incanto, ed in particolare dalla perizia eseguita dal Servizio accertamento medico (SAM) di Bellinzona, emerge l'avvenuto miglioramento intervenuto al suo stato di salute. Allo stato attuale viene ritenuta abile in misura del 50% (riduzione di rendimento) in qualsiasi professione adeguata allo stato di salute. In base all'inchiesta esperita a domicilio, per gli impedimenti che incontra nello svolgimento delle abituali mansioni richieste dalla conduzione dell'economia domestica, fa stato un grado d'invalidità del 30%. Potrebbe pertanto svolgere attività rispecchianti le indicazioni mediche, reperibili sul mercato libero del lavoro e che non richiedono qualifiche professionali specifiche. In conformità alla sentenza del TCA del 12 giugno 2006 ed alle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori, regionali (tabella TA13). La giurisprudenza impone che il reddito da invalido vada determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica nel 2012 avrebbe potuto realizzare un salario mensile di Fr. 4'301.- (categoria 4.2: attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41.6 ore esso ammonta a Fr. 4'484.- mensili oppure a Fr. 53'805.- per l'intero anno. Prendendo questo valore all'80% (tempo lavorativo abituale), effettuando una prima riduzione del 50% data dalla valutazione medico-teorica e ancora del 6% per attività leggere si ottiene un reddito da invalido di Fr. 20'230.65. Di seguito si riporta il calcolo effettuato per determinare il grado d'invalidità come salariata: Confronto dei redditi: senza invalidità CHF 43'044.00 con invalidità CHF 20'230.65 Perdita di guadagno CHF 22'813.35 = Limitazione del 53.00 % Su esplicita richiesta scritta si resta a disposizione per accordare un aiuto al collocamento. Grado d'invalidità complessivo: Attività Quota parte Limitazione Grado d'invalidità parziale salariata 80.00 % 53.00 % 42.00 % casalinga 20.00 % 30.00 % 6.00 % Grado d'invalidità 48.00 % ===== Osservazioni al progetto di decisione del 28 marzo 2014 In data 7 aprile 2014 lei ci ha inoltrato osservazioni contro il nostro progetto, comprensivo di nuova documentazione medica stilata dal Dr. med. _____ e dallo psicoterapeuta _____. La documentazione medica pervenuta è stata sottoposta al vaglio del nostro Servizio Medico Regionale (SMR), il quale dopo accurato esame ha valutato che quanto apportato non permette di discostarsi dalla valutazione medica svolta presso il Servizio Accertamento Medico (SAM) che l'ha peritata in due occasioni ed a molti mesi di distanza l'una dall'altra confermando un quadro migliorato e stabilizzato. Il progetto di decisione citato merita quindi piena conferma.(doc. B1) Con il presente ricorso, ribadendo l'assenza di un miglioramento della componente psichica, l'assicurata contesta la riduzione della rendita. In corso di causa ha prodotto una perizia eseguito il 3 dicembre 2014 dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria, il quale ha fra l'altro concluso: "(...) Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: Sindrome affettiva depressiva di altro tipo (ICD-10 F34.8): Sulla base dell'intensità dei

sintomi e sulla base della durata del quadro di gravità medio-grave, comporta alla signora un marcato disfunzionamento sociale, che sfocia nel ritiro sociale, un marcato senso di sfiducia, vissuto di inutilità e di inabilità. Non ho notato nei miei colloqui un miglioramento, ma al contrario il peggioramento che ho descritto. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4): In tutti i colloqui ella è apparsa sofferente, dolorante, con fluttuanti algie diffuse a tutto il soma. Ella riportava che le algie sono maggiormente agli arti inferiori, all'addome, con ripercussioni sulla mobilità e sulla funzionalità generale. Il dolore cronico muscolare rinforzato dalla sintomatologia depressiva. I pazienti con questa patologia sono spesso anergici, anedonici, alexitimici, con una riduzione della libido, spesso circolari dal profilo del pensiero ruminante sul disturbo del dolore diffuso. L'ansia e l'angoscia, sono sintomi molto frequenti in questa dimensione sindromica di cui la signora RI 1 è affetta. Questa sindrome, spesso come in questo caso, tende col tempo a cronicizzare. Sul piano lavorativo determina una marcata perdita di competenze e perfoiniances, che si traducono in una notevole spossatezza fisica e psichica. La paziente manifesta stati di rapido depauperamento energetico, un facile esaurimento delle capacità attentive che non permette un'attività lavorativa. La modificazione duratura della personalità (ICD-10 F62.8): Il disturbo comparso in adolescenza sulla base della sintomatologia algica diffusa, comporta alla paziente una modalità pervasiva di inibizione, un senso di vergogna, sentimenti di inadeguatezza verso sé stessa e gli altri. Ella evita ogni attività sociale che implica un coinvolgimento, sul piano della personalità ella appare riservata, introversa, impaurita. La cronicità del quadro ed il continuo confronto con le algie somatiche, hanno determinato la modificazione personologica, che sul piano lavorativo si traduce con una totale inadeguatezza, vissuti di inappropriatezza, incapacità a tollerare responsabilità nello svolgimento di attività lavorative anche poco complesse. Questi pazienti sono terrorizzati dalle responsabilità, quindi costretti a rifugiarsi in modo difensivo a forme di dipendenza. Sindrome ansiosa importante specifica (ICD-10 F41.8). DD: Sospetto disturbo di personalità ansiosa da evitamento (ICD-10 F60.6): Durante le mie sedute, a scadenza quindicinale, è emersa in modo evidente la chiara fragilità narcisistica, che la paziente manifesta con il ritiro dalle attività sociali, l'apatia, la debolezza del sé e il bisogno di conferme e approvazioni. Il tono dell'umore è sempre apparso orientato al polo depressivo. Ho rilevato anche la modalità pervasiva di inibizione sociale, i sentimenti di inadeguatezza, l'ipersensibilità al giudizio altrui, la difficoltà nell'accettare suggestioni da parte dell'altro, quindi il conseguente comportamento evitante che pregiudica le relazioni sociali ed infine la capacità lavorativa della paziente. Questi schemi di pensiero rigido, ruminante, collimano con la percezione di sé debole, incapace e mentalmente difettosa. I sintomi emersi nei colloqui, denotano una sindrome ansiosa importante specifica, come descritto dalla dr.ssa _____, da differenziare con un sospetto disturbo di personalità ansiosa di evitamento (ICD-10 F60.6). Questo quadro psicopatologico, insieme agli altri descritti, pregiudica in modo importante e durevole la capacità lavorativa della signora, per la quale ritengo che l'incapacità lavorativa sia totale per ogni attività. Sul piano lavorativo: Le diverse psicopatologie tra' loro determinano una marcata compromissione sul piano funzionale, relazionale e comportamentale. Sul piano cognitivo lo stesso perito definisce la paziente compromessa e regredita nella sfera affettiva. Le diverse patologie hanno notevolmente ridotto le già precarie risorse psicofisiche della paziente, per la quale attualmente appare improponibile un'attività lavorativa. Prognosi: Già il perito parlava di prognosi stazionaria. Alla luce della mia valutazione, la prognosi per la malattia appare negativa nel lungo tempo. Così anche la prognosi lavorativa. Conclusioni: In conclusione lo stesso perito descrive la

prognosi stazionaria, la regressione sul piano comportamentale e dell'affettività. Sottolinea anche come la sindrome somatoforme da dolore persistente abbia modificato lo stile di vita pregiudicando in modo considerevole le risorse per una vita individuale e la capacità di autonomizzarsi della paziente. Scrive ancora che la signora presenta una comorbidità psichica rilevante. Proprio sulla base di questi elementi appare molto controverso il giudizio finale dell'ufficio invalidità. Sulla base della mia valutazione, la paziente appare visibilmente peggiorata, la prognosi lavorativa appare nel tempo negativa e quindi il suo stato psicofisico non le permette di svolgere un'attività lavorativa. Risposte ai quesiti peritali: 1. Rispetto a tale quesito, la valutazione avviene sulla base degli atti a disposizione e del o dei colloqui eseguiti. Credo che il perito abbia, come in questi casi avviene, preso il giusto tempo per valutare la surriferita. Certo la mia valutazione dopo 11 colloqui mi permette di avere un'ampia veduta sul funzionamento della paziente e sulla compromissione che le diverse patologie hanno determinato. 2. In risposta a tale quesito, certo vi sono test che possono valutare disturbi d'ansia, in questo caso già nel test di Rorschach del dr. _____, emergono elementi che sono significativi in modo chiaro per un disturbo d'ansia marcata, che egli descrive nel contesto mentale isterofobico e la diagnosi strutturale di nevrosi. Dalla mia valutazione, sulla base del quadro descritto nella terza diagnosi, deduco che la paziente è notevolmente ansiosa. 3. Nei miei colloqui ho potuto rilevare la marcata sintomatologia depressiva, le angosce somatizzate e l'ansia che tendono a bloccare la paziente, determinando il disfunzionamento interpersonale e quindi anche lavorativo della paziente. Resta a mio avviso difficile dedurre che l'ansia influisca da sola nella misura del 30%. Ritengo come lo scritto che le diverse psicopatologie si rinforzano tra loro con una modalità negativa notevole. 4. Dalla lettura degli atti emerge che il perito esprime principalmente un suo giudizio e non contraddice la valutazione della dr.ssa _____ nella perizia del 2012. Negli 11 colloqui che ho avuto per valutare la capacità lavorativa della paziente, ho potuto rilevare l'anedonia, la ipoergia, la debolezza del sé, l'intolleranza anche a minime frustrazioni, che delineano il quadro depressivo di gravità media e che insieme alla sindrome somatoforme da dolore persistente, e al disturbo d'ansia descritto, non permettono alla paziente di svolgere un'attività lavorativa. Questi disturbi nel lungo tempo decorrono in maniera cronica e peggiorativa, con una subdola perdita delle capacità e delle competenze della signora, per cui la prognosi lavorativa è poco favorevole. 5. Nella perizia dell'11 dicembre 2013, al punto 9, il perito constata rispetto alla valutazione della dr.ssa _____, un miglioramento dell'ansia, che questa è "praticamente totalmente regredita". La paziente viene descritta dal dr. _____ con importanti elementi isterofobici, compatibili con la diagnosi strutturale di nevrosi. In questa dimensione psicopatologica il sintomo base è proprio l'ansia, dalla quale la paziente si difende con le condotte di evitamento. Descrivo inoltre al punto 2 come i criteri presenti sono tali da formulare il disturbo d'ansia descritto dalla dr.ssa _____ da differenziare con il disturbo di personalità d'ansia di evitamento. 6. Dai miei colloqui posso rilevare la facile stancabilità, la spossatezza, la facile esauribilità psicofisica, per la quale la paziente riesce difficilmente a tollerare stress e impegni fisici e psichici. Posso rilevare che soprattutto nei momenti di maggior ansietà, ella appare molto limitata nel portare a termine anche le normali attività casalinghe. 7. Sulla base delle mie valutazioni la signora presenta anche un marcato disturbo d'ansia, come descritto dalla dr.ssa _____, che pregiudica in modo notevole insieme agli altri disturbi la capacità lavorativa della paziente. 8. Dalla lettura degli atti sfugge su come mai infine la diagnosi di fibromialgia non appare nelle diagnosi del 2013. Va tenuto conto che anche questa malattia decorre con importanti fluttuazioni

della sintomatologia spesso con un andamento cronico e invalidante. Tuttavia questa sindrome collima molto con la diagnosi di "Sindrome somatoforme da dolore persistente".

9. Come descritto nelle mie osservazioni, tenendo conto anche del test del dr. _____, la paziente presenta tutti i criteri per una sindrome ansiosa specifica (ICD-10 F41.8), da differenziare con una diagnosi di personalità ansiosa di evitamento, che si evidenzia nel ritiro dalle attività sociali, nella marcata tendenza a rifuggire responsabilità, impegni. Il dubbio a tratti è molto pervasivo. Il vissuto negativo di giudizio, la conduce a vivere una realtà isolata da contatti e la costringe ad una importante dipendenza dalla madre, che la protegge paradossalmente dalla realtà che la paziente vive come insostenibile.

10. Sulla base della mia valutazione, giudico la paziente incapace lavorativa nella misura del 100%, ella risulta quindi inabile ad ogni attività lavorativa." (doc. B1) L'Ufficio AI, dopo aver interpellato la dr.ssa _____ del SMR (doc. XXII), ha sottoposto per osservazioni il rapporto peritale del dr. _____ al dr. _____ del SAM. Con scritto 20 gennaio 2015 il SAM, allegando una presa di posizione del 12 gennaio 2015 del dr. _____, riferendosi alla perizia del dr. _____, ha in sostanza osservato che il perito dr. _____ ribadiva che la sintomatologia attribuibile alla diagnosi di " Altre sindrome ansiose specificate (ICD 10 F 41.8)" non era stata evidenziata nelle sue due osservazioni dell'ottobre 2012 e ottobre 2013, ritenendo quindi che il quadro clinico indicato dal perito di parte " potrebbe essere insorto posteriormente" e che lo stesso poteva avere un influsso sulla capacità lavorativa aumentando il suo grado di incapacità, non essendogli tuttavia possibile quantificare in che misura e consigliando quindi una "nuova valutazione peritale". Il perito ha osservato che poteva "ipotizzare che l'assicurata non presenta un disturbo di personalità ansiosa come ipotizza il collega nel suo rapporto, bensì si tratti di una sindrome che segue un decorso fluttuante" (doc. XXII/4). Con annotazioni 26 gennaio 2015 la dr.ssa _____ del SMR ha quindi concluso ritenendo che " le valutazioni del Dr med _____ possano essere confermate (e quindi anche la decisione AI); sarà da valutare se il quadro clinico valutato (inizio osservazione luglio 2014) dal Dr med _____ possa avere un influsso anche sulla CL" (doc. XXII/5). L'Ufficio AI ha quindi confermato la richiesta di reiezione del ricorso con osservazioni 27 gennaio 2015, con le quali ha in sostanza dato atto che vi era stato un peggioramento, il quale sarebbe stato da valutare nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni AI (doc. XXII). Con ulteriori osservazioni del 23 febbraio 2015 il dr. _____ del SMR (specialista in psichiatria) ha ulteriormente sollecitato una presa di posizione del dr. _____ osservando: " (...) Nel punto 5 della sua perizia di parte il Dr. _____ afferma quanto segue: 5. Nella perizia dell'11 dicembre 2013, al punto 9, il perito constata rispetto alla valutazione della dr.ssa _____, un miglioramento dell'ansia, che questa è "praticamente totalmente regredita". La paziente viene descritta dal dr. _____ con importanti elementi isterofobici, compatibili con la diagnosi strutturale di nevrosi. In questa dimensione psicopatologica il sintomo base e proprio l'ansia, dalla quale la paziente si difende con le condotte di evitamento. Descrivo inoltre al punto 2 come i criteri presenti sono tali da formulare il disturbo d'ansia descritto dalla dr.ssa _____ da differenziare con il disturbo di personalità d'ansia di evitamento. In altre parole, il Dr. _____ fa esplicito riferimento al Test di Rorschach allestito dallo psicologo _____ in sede SAM il 12.11.2012 rispettivamente al fatto che il risultato del test dimostrerebbe che un disturbo d'ansia con influsso sulla capacità lavorativa era allora presente. Lo psicologo _____ conclude come segue: In conclusione, gli elementi emersi al reattivo, quali l'evitamento fobico, l'inibizione nell'espressione della pulsionalità soprattutto aggressiva, le difficoltà

nell'accettare suggestioni dall'altro, la relativa fragilità del narcisismo, descrivono un contesto mentale dagli elementi istero-fobici importanti, compatibile quindi con la diagnosi strutturale di nevrosi. L'economia mentale, risulta funzionante ed adeguata sul piano del contatto con la realtà, in contrasto con atteggiamento relazionalmente difeso della paziente. È interpretazione corrente che elementi fobici emersi quando si è esposti a tavole del Test di Rorschach non implicano per se una diagnosi di disturbo d'ansia secondo ICD-10 né siano fattori probanti d'inabilità lavorativa. Ritengo tuttavia necessario che gli stessi Dr. _____ e lo psicologo _____, che hanno osservato direttamente l'assicurata, si esprimano in merito ai risultati del Test di Rorschach. " (doc. XXVI/1) Con scritto 1. aprile 2015 il SAM, interpellati il dr. _____ e lo psicologo _____, ha quindi preso ulteriormente posizione sulla perizia del dr. _____ come segue: " Rispondiamo alla vostra missive del 24.2.2015. Abbiamo sottoposto le osservazioni del Dr. med. _____ al Dr. med. _____ e alla psicologo Sig. _____ i cui rapporti sono riportati integralmente qui di seguito e con cui concordiamo pienamente. Di seguito riportiamo il rapporto del Sig. _____ del 4.3.2015. "Gent. Dr.ssa _____. In merito alla Sue richiesta del 2 marzo c.a. e concernente la paziente RI 1 -1969-, da me vista per la somministrazione del test di Rorschach per la perizia pluridisciplinare SAM (psichiatra Dr. FMH _____) In data 12/11/2012, posso esprimere la seguenti considerazioni. Il test di Rorschach mette in evidenza tratti di personalità relativamente stabili e costituenti della personalità del soggetto. Permette di attuare una diagnosi di tipo strutturale a differenza dei manuali (CD 10 e DSM) che si basano soprattutto su diagnosi cliniche e sintomatologiche. La personalità di un soggetto adulto possiede caratteristiche relativamente stabili che si manifestano nel carattere, in caso di espressione non scompensata, o non formazione di sintomi, in caso di scompenso della struttura di base. La normalità o la patologia, dal punto di vista strutturale, risultano una nozione puramente quantitativa. All'epoca della somministrazione, le caratteristiche emerse al test, quali "l'evitamento fobico, l'inibizione nell'espressione della pulsionalità soprattutto aggressive, le difficoltà nell'accettare suggestioni dall'altro, la relativa fragilità del narcisismo... .." parevano configurare un contesto di personalità nevrotico e non troppo scompensato nelle sue manifestazioni sintomatologiche. In tal senso, come letto negli atti, l'interpretazione, del test del Dr. _____ risulta corretta e coerente con le caratteristiche osservate all'atto del reattivo, anche dal punto di vista quantitativo. Non posso che riconfermare la diagnosi da me espressa nel 2012. Se, nel frattempo, l'evoluzione della paziente mostra un peggioramento, come mi pare di capire alla lettura degli atti, bisognerà ricercarne le cause, non tanto sul piano strutturale di personalità, quanto sugli accadimenti intervenuti, che possono aver accentuato l'espressione della sintomatologia, dati che evidentemente non possiedo. Rimango a disposizione per ulteriori chiarimenti." Il rapporto del Dr. med. _____ e datato del 31.3.2015: "Cara collega, Ho ricevuto copia dello scritto del 23.02.2015 del collega Dr.med. _____ in cui mi viene richiesto di prendere posizione rispetto ai risultati del test di Rorschach somministrato dallo psicologo _____ in data 12.11.2012. Ho avuto modo di visionare lo scritto dello psicologo _____ stilato in data 04.03.2015 e ricevuto in data 09.03.2015. Nelle sue conclusioni egli dichiara che al momento della somministrazione del test l'assicurata presentava una configurazione di personalità nell'ambito di un registro nevrotico e "non troppo scompensato nelle sue manifestazioni sintomatologiche". Egli affermava alla fine della sua valutazione che "sebbene si riscontrava un atteggiamento difeso dell'assicurata, l'economia mentale risultava funzionante ed adeguata sul piano del contatto con la realtà." In definitiva egli

concorda con le mie osservazioni anche da un punto di vista quantitativo. Come è stato ben espresso dallo stesso psicologo, il test di Rorschach rivela soprattutto una diagnosi strutturale e il concetto di "patologico" viene dato dagli elementi quantitativi che al momento della valutazione da me e da lui eseguite non erano presenti in modo rilevante. Pertanto ritengo che alla luce di quanto evidenziato nelle mie osservazioni conclusive non sia riscontrabile alcuna incoerenza rispetto alla valutazione testistica eseguita dallo psicologo _____.

Ribadisco inoltre, che gli elementi ansiosi descritti dai colleghi _____ e _____ non erano evidenti da un punto di vista clinico al momento delle mie osservazioni e pertanto non era oggettivamente alcun sintomo per poter porre una ulteriore diagnosi ai sensi dell'ICD-10. Restando a disposizione per eventuali ulteriori informazioni. Cordiali saluti." (doc. XXX/1) In merito il dr. _____ del SMR ha osservato in data 2 aprile 2015: " Ho preso visione delle argomentate ed esaustive risposte dello psicologo Moretti e dello psichiatra Dr. _____ che hanno osservato direttamente l'assicurata: Il test di Rorschach mette in evidenza tratti di personalità relativamente stabili ovvero rivela una diagnosi "strutturale" e la traduzione di questo concetto in termini di diagnosi e prognosi "patologica" data dagli elementi qualitativi oggettivati dalla valutazione psichiatrica. Al momento della sua valutazione peritale, il Dr. _____ non ha rilevato elementi ansiosi rilevanti e significativi e non era pertanto oggettivamente alcun sintomo per porre un'ulteriore diagnosi ai sensi dell'ICD 10 ed esprimersi diversamente riguardo all'inabilità lavorativa per motivi psichiatrici." (doc. XXX/2) 2.9. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 p. 261; 115 V 133 consid. 2 p. 134; 114 V 310 consid. 3c p. 314; 105 V 156 consid. 1 p. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, p. 348). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo

dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, p. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto

che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

2.10. Oggetto del contendere è la questione di sapere se lo stato di salute della ricorrente è migliorato e se, di conseguenza, l'amministrazione ha correttamente ridotto il suo grado d'invalidità. Secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, p. 258). In concreto, l'Ufficio AI con decisione del 14 giugno 2006 ha assegnato all'insorgente una rendita intera d'invalidità (grado del 71%) a partire dal 1° luglio 2004, sulla base di una perizia del _____ (dr.ssa _____) del 5 ottobre 2005 (doc. AI 17). Occorre pertanto stabilire se dopo il 14 giugno 2006 lo stato di salute della ricorrente è migliorato. Va pure evidenziato che per la riduzione e/o soppressione del diritto ad una rendita nell'ambito di una revisione intrapresa d'ufficio è all'amministrazione che incombe l'onere della prova circa l'importante miglioramento dello stato di salute suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Nel caso in cui non si potesse concludere, in base al criterio della verosimiglianza preponderante, per un miglioramento dello stato di salute il diritto alla prestazione resterebbe invariato (STF 8C_441/2012 del 25 luglio 2013 resa nella composizione di 5 giudici e nella quale è stato ribadito che: "(...) Ist eine anspruchsherehabliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 3.1; vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94, 9C_961/2008 E. 6.3) (...)") (STF 8C_441/2012 del 25 luglio 2013 consid. 3.1.3 pubblicata in SVR 2013 IV Nr. 44 p. 134). Per un caso in cui, vista la violazione dell'obbligo d'informare o di collaborare, è stato riconosciuto l'inversione dell'onere probatorio vedi la STF 9C_961/2008 del 30 novembre 2009: "(...) 6.3.3

L'applicazione de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181; HANS PETER WALTER, Beweis und Beweislast im Haftpflichtprozessrecht, in Haftpflichtprozess 2009, p. 47 ss, p. 58). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente. (...)” (STF 9C_961/2008 del 30 novembre 2009 consid. 6.3.3 pubblicata in SVR 2010 IV Nr 30 p. 94 e confermata, tra le altre, nella STF 9C_312/2010 del 2 luglio 2010 nel caso in cui l'interessato si era rifiutato ingiustamente di sottoporsi ad una perizia neurologica e psichiatrica). L'Alta Corte, nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2012, chiamata a pronunciarsi in un caso in cui questo Tribunale aveva confermato un miglioramento del disturbo depressivo, ha annullato il giudizio impugnato e rinviato gli atti al TCA affinché, predisposta una perizia giudiziaria, si pronunciasse di nuovo. In quell'evenienza il TF ha, in particolare, evidenziato che “(...) 5.2 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione - o come in concreto di assegnazione retroattiva di una rendita temporanea - se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid 4.3). (...)” (STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013, consid. 5.2) Vedi, in questo senso, anche i considerandi 6.1.2 e 6.1.3 della succitata STF 8C_441/2012 del 25 luglio 2013 a 5 giudici. 2.11. In una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il TF ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 p. 181, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche STF 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Nella fattispecie, attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserito e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia

di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può confermare l'operato dell'Ufficio AI, in quanto la problematica psichica non è stata sufficientemente chiarita e meglio non è stato dimostrato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che lo stato di salute della ricorrente sia effettivamente e durevolmente migliorato rispetto alla valutazione operata il 5 ottobre 2005 dalla dr.ssa _____ (cfr. STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 p. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). In effetti, nella perizia del 25 ottobre 2013 del SAM il miglioramento dello stato di salute viene individuato, in sostanza, nel fatto che, contrariamente alla perizia eseguita dalla dr.ssa _____, il dr. _____ non ha evidenziato chiari sintomi ansiosi a favore della diagnosi di Sindrome ansiosa specificata. Il SAM ha quindi ammesso un miglioramento delle condizioni dell'assicurata dal punto di vista psichiatrico rispetto alla valutazione della dr.ssa _____ essendo lo stesso " legato soprattutto ad una diminuzione dello stato ansioso presente nella precedente perizia psichiatrica ". Secondo il SAM "la sindrome ansiosa è infatti totalmente regredita alla valutazione attuale" (doc. AI 58-53). Con riferimento al quadro invalidante, la perizia ha concluso quanto segue: " La patologia psichiatrica caratterizzata come descritto dal Dr. med. _____ dalla presenza di una sindrome affettiva persistente di altro tipo (ICD-10 F 34.8), da una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4), una modificazione duratura della personalità (ICD-10 F 62.8). La patologia psichiatrica caratterizzata dalle diagnosi summenzionate ha messo in evidenza la modalità di un'affettività regressiva e coartata presente da anni in relazione alla sindrome affettiva- persistente. Tale sintomatologia assume un valore di malattia invalidante in quanto incide sullo stato dell'umore, sulle funzioni volitive e in parte sulle funzioni cognitive anche se solo in modo soggettivo. Inoltre il quadro regressivo del comportamento che presenta sembra essere solo una forma di difesa che la protegge da aspetti pulsionali che la stessa non è in grado di gestire. Questa impressione apparsa anche a livello testistico, in cui emerge una chiara forma isterofobica che la riporta ad una posizione regressiva del comportamento e dell'affettività. Siccome si tratta di una forma resistente al trattamento psicoterapico già presente da anni, si potrebbe ipotizzare di conseguenza che siamo davanti ad una modificazione duratura della personalità come riconosciuto in precedenza dalla stessa Dr.ssa _____, che aveva valutato in ambito peritale l'A. La sindrome da dolore somatoforme persistente adempie i criteri di Förster per il fatto che segue un decorso prolungato che è resistente ai trattamenti classici. L'entità clinica presenta un decorso autonomo indipendente dalle altre patologie che presenta. Incide in modo considerevole sulla vita individuale, sulla sua autonomia nonché sulla vita sociale dell'A. La stessa perizianda ha modificato le sue abitudini di vita passando la maggior parte del tempo al proprio domicilio. E' evidente inoltre una comorbidità psichica rilevante. Per quanto concerne la diagnosi di sindrome ansiosa specificata, alla luce della valutazione attuale esperita da parte dei Dr. med. _____, non vi sono chiari sintomi a favore di tale diagnosi. Non vi sono neppure segni d'ansia rilevati durante tutta la visita presso il nostro consulente Dr. med. _____. Dobbiamo segnalare che anche durante la raccolta anamnestica presso il SAM e la visita presso il SAM non abbiamo potuto riscontrare elementi a favore di stati d'ansia. Pertanto dal punto di vista psichiatrico riteniamo che l'A. presenti un'incapacità lavorativa nella misura del 50%. Possiamo così constatare un miglioramento rispetto alla valutazione eseguita da parte della Dr.ssa _____. Il miglioramento è legato soprattutto ad una diminuzione dello stato ansioso presente nella precedente perizia psichiatrica. La sindrome ansiosa è infatti totalmente regredita alla

valutazione attuale. Ricordiamo inoltre che nella valutazione clinica della Dr.ssa _____ quest'ultima aveva evidenziato un'elevata quota d'ansia libera e somatizzata, con dolori in sede retrosternale e addominale, che al momento attuale non sono più presenti. Questo miglioramento clinico può essere considerato presente almeno da alcuni mesi, senz'altro a partire dall'1.1.2012 in avanti. Pertanto l'incapacità lavorativa a partire dal 50% va considerata a partire dall'1.1.2012 in poi, con una prognosi che è da considerare stazionaria. La diminuzione della capacità lavorativa è soprattutto legata all'astenia e ad una sensazione di stanchezza e di debolezza fisica. Il dolore condiziona il resto della sintomatologia psico-fisica. In questo modo l'A. è lenta, inaffidabile, con minor resistenza e maggiore esauribilità davanti ad ogni compito. L'A. è inabile al lavoro nella misura del 50% per ogni attività medico-teorica e nella misura del 40% come casalinga. A questo proposito segnaliamo che rispetto alla perizia SAM della Dr.ssa med. _____, l'A. non vive più con i genitori, come allora desiderava, ha una folta schiera di amici, ha pure intrattenuto una relazione sentimentale per 2 o 3 anni dal 2006 al 2009, quale segno di un minor ritiro sociale. Il miglioramento è subentrato malgrado l'assenza di un adeguato e assiduo trattamento psicoterapico e psicofarmacologico, a sostegno del fatto che non siamo in presenza di un quadro clinico grave. L'A. non assume alcun trattamento farmacologico analgesico quotidiano, ma solo al bisogno e prodotti omeopatici ogni giorno. Non è più stata da un reumatologo dopo il 2003; va dal medico curante raramente. Vi è stato un solo soggiorno riabilitativo nel 2004, poi più nulla. L'incapacità lavorativa psichiatrica tiene in considerazione pure il dolore cronico dovuto alla sindrome dolorosa generalizzata, già descritta dal Dr. med. _____ nelle sue valutazioni precedenti." (doc. 58 p. 52).

Tuttavia, alla luce non da ultimo dalla perizia eseguita dal dr. _____ prodotta in corso di causa, sulla quale il SAM ha avuto la possibilità di esprimersi compiutamente, questo Tribunale ritiene che ciò non è ancora sufficiente per ritenere che lo stato di salute della ricorrente sia migliorato in maniera significativa e duratura e tale da giustificare la riduzione della rendita finora erogata. Ora, innanzitutto il curante dr. _____ nel corso della procedura di revisione avviata nel luglio 2012 ha ripetutamente ribadito che l'assicurata era sofferente di un grave scompenso di tipo ansio-depressivo, peggiorato progressivamente negli ultimi anni, e che la medesima, che era in sua cura dal 1997, non aveva in sostanza mai avuto un miglioramento (certificazioni del 20 agosto 2012, doc. AI 46-6, del 28 aprile 2014, doc. AI 76, doc. Z3; cfr. anche doc. B1 p.7). Nemmeno lo psicologo _____, presso il quale la ricorrente segue una cura psicoterapeutica dal novembre 2006, ha potuto confermare negli anni l'intervento di un miglioramento ritenendo il quadro cronico. Nelle attestazioni del 15 aprile e 10 luglio 2014 egli, ricordato come l'assicurata fosse affetta da " un grave scompenso reattivo ansio-depressivo ", ha in sostanza smentito l'intervento di un miglioramento, affermando di aver visto almeno 60 volte l'assicurata e di aver sì constatato " più volte " dei momenti di " relativa e momentanea " compensazione dell'ansia; a suo avviso un eventuale miglioramento non poteva tuttavia essere definito stabile, ma soggetto a possibili ulteriori scompensi (doc. AI 76-5, doc. Z4 e 15). Il dr. _____ dal canto suo, nel suo referto peritale del 3 dicembre 2014, allestito sulla base di oltre dieci consultazioni esperite dal 9 luglio 2014, dopo aver posto le diagnosi di Sindrome affettiva depressiva di altro tipo (ICD-10 F34.8), Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), modificazione duratura della personalità (ICD-10 F62.8), queste ultime condivise anche dal SAM, ha tuttavia posto anche quella di " sindrome ansiosa importante specifica (ICD-10 F41.8). DD: Sospetto disturbo di personalità ansiosa da evitamento (ICD-10 F60.6)" rilevando, fra l'altro, quanto

segue: " Durante le mie sedute, a scadenza quindicinale, è emersa in modo evidente la chiara fragilità narcisistica, che la paziente manifesta con il ritiro dalle attività sociali, l'apatia, la debolezza del sé e il bisogno di conferme e approvazioni. Il tono dell'umore è sempre apparso orientato al polo depressivo. Ho rilevato anche la modalità pervasiva di inibizione sociale, i sentimenti di inadeguatezza, l'ipersensibilità al giudizio altrui, la difficoltà nell'accettare suggestioni da parte dell'altro, quindi il conseguente comportamento evitante che pregiudica le relazioni sociali ed infine la capacità lavorativa della paziente. Questi schemi di pensiero rigido, ruminante, collimano con la percezione di sé debole, incapace e mentalmente difettosa. I sintomi emersi nei colloqui, denotano una sindrome ansiosa importante specifica, come descritto dalla dr.ssa _____, da differenziare con un sospetto disturbo di personalità ansiosa di evitamento (ICD-10 F60.6). Questo quadro psicopatologico, insieme agli altri descritti, pregiudica in modo importante e durevole la capacità lavorativa della signora, per la quale ritengo che l'incapacità lavorativa sia totale per ogni attività." Per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurata, il dr.

_____ ha evidenziato che " le diverse psicopatologie tra loro determinano una marcata compromissione sul piano funzionale, relazionale e comportamentale. Sul piano cognitivo lo stesso perito definisce la paziente compromessa e regredita nella sera affetti va. Le diverse patologie hanno notevolmente ridotto le già precarie risorse psicofisiche della paziente, per la quale attualmente appare improponibile un' attività lavorativa." A suo dire la prognosi era negativa e giudicando anche che " la sindrome somatoforme da dolore persistente abbia modificato lo stile di vita pregiudicando in modo considerevole le risorse per una vita individuale e la capacità di autonomizzarsi della paziente " con una comorbidità psichica rilevante, ha definito " molto controverso " il giudizio finale dell'ufficio invalidità. A suo dire " la paziente appare visibilmente peggiorata, la prognosi lavorativa appare nel tempo negativa e quindi il suo stato psicofisico non le permette di svolgere un'attività lavorativa" (cfr. al consid. 2.9). Ora, premesso che la perizia del dr. _____, pur essendo stata resa in epoca successiva alla decisione contestata (la quale per costante giurisprudenza delimita il potere di esame del giudice delle assicurazioni, i fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione dovendo di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo; cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA del 23 giugno 2005 nella causa I., C 75/05 consid. 2.3.), può essere considerata nella presente procedura in quanto si pronuncia (anche) sulla situazione precedente la resa dell'atto contestato, con riferimento a tale valutazione psichiatrica il dr. Jaime è stato interpellato due volte. Nella sua presa di posizione del 12 gennaio 2015 il perito ha osservato quanto segue: " Ho ricevuto copia dello scritto del 19.12.2014 in cui la signora _____ dell'UAI del canton Ticino, chiede il mio parere specialistico sulla richiesta inoltrata dalla collega Dr.ssa med. _____ del SMR in riferimento alla signora RI 1. La collega, nel suo scritto del 18.12.2014, fa riferimento alla valutazione del suo attuale medico psichiatra Dr.med _____, il quale segue l'assicurata dal 09.07.2014 e sulla base di 11 incontri rileva un peggioramento del suo stato clinico. In particolare, il collega _____ introduce la diagnosi di altre sindromi ansiose specificate ((CD 10 F 41.8); diagnosi che aveva già posto a suo tempo la collega Dr.ssa _____ nella sua valutazione peritale del 2005 e che io non avevo evidenziato nelle mie valutazioni del 2012 e 2013. Il Dr. med. _____, ritiene che sulla base della sua osservazione clinica, il deficit funzionale che deriva dal quadro psicopatologico da lui constatato è di una incapacità lavorativa nella misura del 100 % (quindi di una incapacità lavorativa superiore a quanto stabilito dalla Dr.ssa _____ nel 2006). Dal mio punto di vista ritengo che il quadro ansioso che

mette in rilievo il Dr.med. _____ avrebbe potuto insorgere a posteriori della mia ultima valutazione del 2013. Va considerato il fatto che l'assicurata abita, da allora, con sua madre ed è ipotizzabile che questo aspetto abbia potuto giocare un ruolo non indifferente nell'emergenza della sintomatologia ansiosa che essa presenta attualmente. Inoltre sono del parere che l'intensità del quadro ansioso, come descritto dal collega _____ e come già evidenziato dalla Dr.ssa med. _____, potrebbe avere un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata aumentando il suo grado d'incapacità. Mi risulta difficile però, quantificare tale grado di deficit solo tenendo conto della descrizione del quadro espresso da parte del collega. Quello che posso affermare è che nelle mie osservazioni del 2012 e del 2013 la componente ansiosa era totalmente assente e che pertanto non era evidenziabile alcuna componente clinica che confermasse tale diagnosi. Pertanto posso ipotizzare che l'assicurata non presenta un disturbo di personalità ansiosa come ipotizza il collega nel suo rapporto, bensì si tratta di una sindrome che segue un decorso fluttuante. Per quanto riguarda l'aspetto valetudinario dell'assicurata, sono del parere che per essere più precisi sulla quantificazione del deficit che presenta attualmente sia necessaria una nuova valutazione peritale. Mi risulta difficile esprimere se si tratta di un peggioramento sostanziale della capacità lavorativa dell'assicurata che ha subito un ulteriore aggravamento rispetto a quanto evidenziato dalla Dr.ssa _____ oppure se si tratta di una differenza di valutazione dello stesso fenomeno." (XXII/4; la sottolineatura è della redattrice) Il dr. _____ quindi non ha contestato le conclusioni del collega, ma ha in sostanza concluso che il quadro ansioso ricondotto alla diagnosi di "Altre sindrome ansiose specificate (ICD 10 F 41.8)", che era già stata posta a suo tempo dalla dr.ssa Castra nel 2005, non era stato da lui accertato nel corso delle sue due osservazioni effettuate il 22 ottobre 2012 e il 10 ottobre 2013 e che pertanto poteva essere insorto successivamente alla sua ultima valutazione dell'ottobre 2013. Ha pure condiviso il fatto che tale quadro ansioso potesse avere un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata aumentando il suo grado d'incapacità, ritenendo imprescindibile una nuova valutazione peritale. Proprio in considerazione di tale divergenza nelle diagnosi poste, ha peraltro pure ipotizzato che l'assicurata presentasse una sindrome che segue un decorso fluttuante. Nuovamente sollecitato ad esprimersi, in data 31 marzo 2015, sempre il dr. Jaime si è espresso sui risultati del test di Rorschach somministrato dallo psicologo _____ in data 12 novembre 2012, osservando come dallo stesso non fosse riscontrabile alcuna incoerenza rispetto alle sue conclusioni e ribadendo nuovamente che gli elementi ansiosi descritti dai colleghi _____ e _____ non erano evidenti da un punto di vista clinico al momento delle sue osservazioni. Tali conclusioni sono state condivise dal dr. _____ del SMR in data 2 aprile 2015 (doc. XXX/1, XXX/2; cfr. sopra in esteso al consid. 2.9). In sostanza dunque l'Ufficio AI, esaminata la perizia del dr. _____ del 3 dicembre 2014, e interpellato il perito SAM e i medici SMR, ha ribadito che la perizia del dr. _____ non apportava elementi che potessero mettere in dubbio la validità della perizia SAM, riferendosi il dr. _____ alla situazione da lui osservata successivamente al mese di luglio 2014 e , quindi, posteriormente alla perizia eseguita dal dr. _____. Si poteva d'altra parte ritenere che fosse intervenuto un peggioramento dal momento in cui era stato rilevato e certificato dal dr. _____, ossia dal luglio 2014; considerato come al momento dell'emanazione della decisione impugnata il termine di tre mesi ex art. 88a cpv. 2 OAI necessario per considerare tale peggioramento dello stato di salute non era ancora scaduto, lo stesso sarebbe stato da valutare nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni (doc. XXII). Ora, i periti del SAM, e in particolare il dr. Jaime, non mettono dunque in dubbio le

affermazioni del dr. _____, limitandosi tuttavia a ribadire che al momento delle due consultazioni effettuate dal dr. _____ (il 22 ottobre 2012 e il 10 ottobre 2013) non erano stati riscontrati sintomi clinici dell'ansia tali da confermare la diagnosi di "Sindrome ansiosa specificata, ICD-10 F41.8" già posta dalla dr.ssa _____ nella sua valutazione del 5 ottobre 2005 e quindi nuovamente posta dal dr. _____ il 3 dicembre 2014. Significativo appare tuttavia che il dr. Jaime abbia espressamente ipotizzato che l'assicurata presenti una sindrome che segue un decorso fluttuante, ritenendo quindi implicitamente che tale fatto potrebbe spiegare il motivo per il quale nel corso delle sue due osservazioni del 22 ottobre 2012 e 10 ottobre 2013 la componente ansiosa era assente. D'altra parte, le prese di posizione dei medici SMR dr.ssa _____ e dr. _____, per i quali, in sostanza, la perizia del dr. _____ non modificava quanto accertato in precedenza, ma documentava semmai unicamente un peggioramento intervenuto solo successivamente, presumibilmente a partire dal luglio 2014, non apportano nessun elemento nuovo limitandosi in sostanza a confermare le valutazioni del perito SAM (doc. XXII/2 e 5; doc. XXVI/1, XXX/2). Ora, quindi, alla luce di questi riscontri, bisogna concludere che gli stessi periti del SAM non escludono l'intervento di un nuovo peggioramento dello stato di salute e, inoltre, nemmeno che la patologia di cui soffre la ricorrente possa avere un andamento variabile nel corso del tempo. La circostanza dunque che al momento delle uniche due visite eseguite presso il dr. _____, il 22 ottobre 2012 e il 10 ottobre 2013, la ricorrente, per quanto concerne la sindrome ansiosa specifica che era stata diagnosticata nel 2005 dalla dr.ssa _____, non presentasse segni clinici ansiosi evidenti, mentre in occasione delle numerose visite effettuate a partire dal 9 luglio 2014 dal dr. _____ tale patologia si fosse chiaramente e nuovamente manifestata, non significa ancora che lo stato di salute della ricorrente fosse durevolmente migliorato. Lo stesso psichiatra consulente del SAM non esclude in effetti che si tratti in realtà di una patologia caratterizzata da variazioni nel tempo, vale a dire con periodici momenti di relativa remissione, seguiti da momenti di gravità della malattia. L'ipotesi di una patologia ad andamento variabile e fluttuante pare del resto avvalorata dal fatto che la dr.ssa _____ nella perizia 5 ottobre 2005 e il dr. _____ nel suo referto del 3 dicembre 2014 non solo hanno posto la stessa diagnosi (altra sindrome ansiosa specificata, ICD 10 F 41.8), ma hanno descritto analoghi sintomi durante il colloquio quali forte disagio, ansia, respiro ansimante e "poco armonioso", tremori, fatica a trovare la posizione seduta con elementi di ansia sia libera che somatizzata in sede retrosternale e addominale (doc. AI 21-3, doc. B1 p. 7). Del resto non si può non ribadire nuovamente che anche il medico curante dr. _____ ha ripetutamente affermato che non era intervenuto alcun cambiamento sostanziale dello stato psichiatrico della paziente (doc. AI 46, 76, doc. Z3). Anche lo psicologo _____, che segue la ricorrente dal novembre 2006, ha escluso l'intervento di un miglioramento, ritenendo il quadro cronico caratterizzato da "un grave scompensamento reattivo ansio-depressivo" caratterizzato (solo) da momenti di "relativa e momentanea" compensazione dell'ansia. Significativo appare anche che, nella certificazione del 10 luglio 2014, egli ha altresì affermato di dubitare che "i due incontri avuti con la nostra paziente da parte dei colleghi del SMR siano sufficienti a determinare un effettivo e definitivo calo dell'elemento ansioso" osservando di non essere un esperto per quanto riguardava la quantificazione dell'elemento ansioso, sapendo tuttavia che esistevano "specifici esami testistici - che non ho trovato nella perizia - in grado di valutare questo delicato e particolare aspetto" (doc. AI 76-5, doc. Z4 e 15). Alla luce di quanto precede e segnatamente del fatto che il dr. _____, perito SAM, abbia espressamente ipotizzato che l'assicurata non presentasse "

un disturbo di personalità ansiosa come ipotizza il collega nel suo rapporto” bensì “una sindrome che segue un decorso fluttuante”, bisogna concludere che l’Ufficio AI, per stabilire se nel preciso caso di specie vi è stato un miglioramento duraturo dello stato di salute, non avrebbe dovuto accontentarsi di due soli colloqui effettuati a distanza di un anno l’uno dall’altro, ma avrebbe dovuto disporre un’osservazione di lunga durata al fine di poter esprimere una valutazione corretta e completa. Non può essere in effetti escluso che vi sia stata una fluttuazione dello stato di salute e che quando l’interessata è stata visitata dal perito nell’ottobre 2012 e nell’ottobre 2013 si trovasse in due periodi di relativa quiescenza della patologia. In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale ha già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest’ultimo ha l’occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in “Les expertises en droit des assurances sociales”, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 p. 124). Ciò trova conferma in alcune sentenze emanate da questo Tribunale (cfr. ad esempio STCA 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; 32.2011.326 del 31 maggio 2012; 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; cfr. anche la STCA 32.2010.308 del 19 maggio 2011) sulla base di quanto a sua volta stabilito dal Tribunale amministrativo federale il 5 dicembre 2008 (C-2693/2007). Il TAF dopo aver rilevato che la patologia psichiatrica che affliggeva l’assicurato (in quel caso: sindrome depressiva di gravità medio grave) fosse caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, ha ritenuto non sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale eseguita da uno specialista in psichiatria, fondata su un unico colloquio anziché, come sarebbe stato più opportuno, estendersi su di un periodo di tempo più lungo, con colloqui approfonditi ed accompagnata dall’esecuzione di test indicativi e da un’attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. I giudici federali hanno esposto le seguenti motivazioni: “ (...) Alla luce dei precedenti rapporti e vista la principale caratteristica della patologia in esame che consiste in fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo, segnato da colloqui approfonditi ed accompagnato dall’esecuzione di test indicativi ed un’attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. In altre parole, il parere del Dott. T., fondato su di un unico colloquio ed una scarsa motivazione, non può essere tenuto quale fondamento della soppressione della rendita AI. A titolo di confronto si può paragonare la perizia del Dott. T. con quella della Dott.ssa C., ove, specialmente nelle rubriche “disturbi lamentati dall’assicurato ed esame oggettivo” si spiega in maniera convincente tutta la problematica, affinché l’amministrazione (ed eventualmente il giudice) possano esprimere il loro parere in modo convincente e senza esitazioni. Se, il giorno della visita specialistica, il perito non ha riscontrato nulla di patologico ed invalidante può essere anche imputabile alla circostanza che l’interessato fosse in un periodo di relativa quiescenza del male. Va qui segnalato, oltretutto, che egli assume dosi di antidepressivi massicce; questa posologia è verosimilmente stata cambiata in occasione del ricovero presso la Clinica di riabilitazione di N.. (...) Nel suo rapporto del 3 aprile 2007, lo psichiatra curante indica che il paziente riceve ben 80mg die di Citalopram e 0,75 mg die di Xanax, che la sindrome depressiva è solo in parziale remissione e che la decisione dell’AI penalizza in maniera grave il paziente nella sua volontà di riscatto. A questo proposito questo tribunale osserva che anche un esame sugli effetti secondari della terapia in un’ottica di capacità al lavoro sarebbe necessario, atteso che dosi così massicce di medicinali provocano, oltre al resto, uno stato di iporeattività generale. Nel suo rapporto del 14 agosto 2007, il Dott. X. riferisce un quadro

nettamente patologico ed invalidante, nonostante le terapie in atto; l'esame oggettivo attesta una situazione psicologica grave e debilitante. Vero è che questo rapporto, come osservato dall'UAI cantonale e dal proprio medico di fiducia, esula dal periodo di cognizione giudiziaria, tuttavia il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 99 V 102). In conclusione quindi, questo tribunale non può trarre idonei, conclusivi e convincenti pareri dalla perizia del Dott. T. nella misura in cui lo stato di salute del paziente ivi descritto e la conseguente valutazione della capacità di lavoro, sembra piuttosto riferita ad una fase di momentaneo benessere che non ad una situazione temporalmente più corrispondente alla realtà. (...)." (sottolineature del redattore) Analogamente a quanto già stabilito dal TCA nelle sentenze sopra citate, in presenza di una patologia quale quella di cui potrebbe, secondo le ipotesi del perito SAM, essere afflitta la ricorrente nel caso concreto (ossia una sindrome con un decorso fluttuante), viste le affermazioni del medico e dello psicologo curanti e considerate le possibili modificazioni dello stato ansioso rilevate nel corso degli anni, questo Tribunale ritiene che relativamente al periodo controverso non sia possibile dedurre l'intervento di un miglioramento sulla base di una valutazione peritale fondata su due soli colloqui effettuati a distanza di un anno l'uno dall'altro, e che non si può prescindere da una valutazione più approfondita, basata, su di un numero maggiore di osservazioni su un lasso di tempo più lungo. Non si può in effetti escludere che se il dr. _____ avesse effettuato più consultazioni, sull'arco di un periodo più lungo, avrebbe potuto osservare un'alternanza della sintomatologia ansiosa oggettivata sia dalla dr.ssa _____ che dal dr. _____. Come detto, anche lo psicologo dr. _____ che da anni segue la ricorrente ha espresso dubbi sul fatto che due soli incontri potessero bastare per valutare un eventuale effettivo e definitivo calo dell'elemento ansioso (doc. AI 76-5, doc. Z4 e 15). Solo alla luce della diagnosi che potrà essere posta e di una ponderata valutazione dei dati già raccolti precedentemente sarà possibile concludere, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, se l'assicurata sia affetta da una patologia con andamento fluttuante oppure se il miglioramento che sembrava essere stato accertato nel corso delle valutazioni del dr. _____ dell'ottobre 2012 e ottobre 2013 avesse un carattere stabile, lo stesso essendo poi stato seguito dal nuovo peggioramento rilevato dal dr. _____ dal luglio 2014. A titolo abbondanziale si osserva che la perizia SAM non appariva conclusiva anche dal punto di vista della definizione del momento di insorgenza dell'attestato miglioramento, ove si osservi che il perito dr. _____, dopo aver ipotizzato che esso era in atto "da diversi mesi", l'aveva infine collocato al gennaio 2012 e che per contro il medico SMR dr.ssa _____, non ritenendo chiaro il motivo per il quale il perito aveva attestato l'inizio del miglioramento della capacità lavorativa da tale data e quali fossero gli aspetti concreti di tale miglioramento, con annotazione del 17 settembre 2013 aveva chiesto al collega dr. Jaime di effettuare una rivalutazione (" al fine di attestare se vi è una stazionarietà rispetto al quadro clinico da lui evidenziato nella sua visita del 22.10.2012"), anche per chiarire le discrepanze emerse con la valutazione a domicilio come casalinga (doc. AI 65/1-2, cfr. sopra per esteso al consid. 2.9). Malgrado la nuova rivalutazione del SAM del 9 dicembre 2013, la dr. _____ del SMR, nel suo rapporto finale del 19 dicembre 2013, ha poi ritenuto " più giudizioso " collocare il miglioramento solo all'ottobre 2012, data del consulto presso il dr. _____ ritenendo la valutazione del dr. _____ " puramente teorica " (doc. AI 70-3). Quanto alle affermazioni

dell'amministrazione che ha rilevato alcune criticità per quanto concerne in particolare l'assenza di un trattamento psicofarmacologico e di un adeguato trattamento psicoterapico nel periodo in questione, a conferma di un quadro clinico non grave, va detto che alla luce delle diagnosi psichiatriche che interessano la ricorrente, tale elemento non può assurgere a prova di valutazione delle sue reali condizioni, ma potrebbe anche essere da ricondurre a difficoltà dell'interessata nel gestirsi correttamente rispettivamente andrà opportunamente indagato nell'ambito dei nuovi accertamenti che saranno predisposti. D'altra parte questo elemento, in ogni caso, in presenza di possibile diagnosi di una patologia a carattere ricorrente o fluttuante e con periti che non escludono variazioni nell'incidenza della patologia sulla capacità lavorativa della ricorrente, non esime l'Ufficio AI dalla necessità di dover procedere tramite un numero maggiore di osservazioni su un lasso di tempo più lungo. Abbondanzialmente, ribadito come che l'osservanza di eventuali proposte terapeutiche intese a migliorare la situazione può di regola essere richiesta all'assicurato nell'ottica del rispetto dell'obbligo che gli incombe di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61; con particolare riferimento a disturbi psichici cfr. anche DTF 134 V 189), nell'ambito della nuova perizia che verrà eseguita dovrà pure essere esaminata la questione di un adeguato trattamento terapeutico con eventuale farmacoterapia, questione del resto segnalata anche nella perizia SAM del 28 gennaio 2013 (doc. AI 58-48). In queste circostanze questo Tribunale ritiene che il miglioramento dello stato di salute successivo al 14 giugno 2006, il cui onere probatorio incombe, come detto, all'amministrazione (cfr. sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013), non è stato documentato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali e che a questo proposito è necessario un approfondimento istruttorio. Già solo per questo motivo la decisione impugnata va annullata.

2.12. Nella presente fattispecie, occorre inoltre ancora verificare se a ragione l'Ufficio AI ha applicato il metodo misto per valutare l'invalidità (cfr. consid. 2.3 e 4). La ricorrente sostiene che, senza il danno alla salute, avrebbe lavorato a tempo pieno e non all'80%, come stabilito dall'amministrazione, motivo per cui il grado d'invalidità dovrebbe essere stabilito mediante il raffronto ordinario dei redditi (cfr. consid. 2.2). Va innanzitutto ricordato che al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività

lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 5, p. 47-50 e 53 e Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 190 segg.). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurata, che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Da ultimo va rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 p. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., p. 288; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, p. 190-191). Nel caso in esame, dagli atti non risulta chiaro in che maniera l'Ufficio AI abbia stabilito la divisione tra attività lavorativa e casalinga in sede di revisione. Aperto infatti il tema di sapere se tale aspetto sia effettivamente stato sufficientemente indagato in occasione dell'evasione della prima domanda di prestazioni nel luglio 2004 e ribadito come in ogni modo secondo la giurisprudenza ad ogni revisione si debba accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido, l'amministrazione ha continuato a considerare l'assicurata come salariata all'80% e casalinga al 20%, essenzialmente considerando come essa fosse risultata iscritta alla disoccupazione all'80% (domanda del novembre 2002, doc. AI 1-3; doc. VIII). Ora, considerato come nel periodo oggetto della procedura di revisione sia intervenuto anche qualche cambiamento nell'organizzazione della vita dell'assicurata, la quale ha per un certo periodo (sino all'autunno 2013) abitato da sola in un proprio appartamento, abbia tra l'altro avuto anche una relazione sentimentale nel periodo 2006-2008 e ampliato la cerchia degli amici, considerata la formazione ed esperienza professionale dell'assicurata (con diploma di aiuto farmacia, ha in passato lavorato anche come aiuto veterinario e insegnante di musica, sempre a tempo parziale), appare quantomeno bisognoso di ulteriore disamina la questione di sapere, fondandosi sulla globalità delle circostanze (segnatamente anche la sua età, la sua situazione familiare, ricordato come l'interessata non sia coniugata e non abbia figli) , se, ipoteticamente , in assenza del danno alla salute, l'assicurata avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa e nell'affermativa in quale misura. Non si può tralasciare di segnalare che mai l'assicurata ha affermato di essere intenzionata a lavorare solo a tempo parziale; la medesima del resto in sede di perizia psichiatrica del 5 ottobre 2005 (doc. AI 21) aveva dichiarato di non aver “ mai svolto un'attività lavorativa al 100% sia per le esigenze del datore di lavoro che per la sua consapevolezza di non riuscire a gestire qualcosa di più impegnativo ” (doc. AI 21). Inoltre in una lettera indirizzata all'Ufficio disoccupazione del 10 dicembre 2002 l'assicurata aveva dichiarato che aveva smesso di insegnare musica in quanto aveva bisogno di un lavoro a tempo pieno (doc. 2-1 inc. disoccupazione). In ogni modo, nemmeno in occasione della revisione avviata nel luglio 2012, l'assicurata è stata espressamente e precisamente richiesta sulle sue intenzioni professionali, in assenza delle problematiche alla salute che l'affliggono. Solo in sede di inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 8 agosto 2013 le è stato genericamente posta la domanda a sapere “ se non fosse intervenuto il danno alla salute l'assicurata eserciterebbe oggi un'attività lucrativa ?” , domanda alla quale l'interessata senza esitazioni ha risposto

affermativamente (doc. AI 63-2). Del resto, come addotto dal suo patrocinatore, non si può ragionevolmente escludere che l'assicurata si fosse inizialmente iscritta all'assicurazione disoccupazione alla ricerca di un lavoro all'80% in quanto intenzionata a mantenere parallelamente le altre attività svolte (come quella di insegnante di musica). Orbene, considerato quanto sopra e tutto ben valutato, secondo questa Corte non può essere concluso, con il grado di verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che senza il danno salute l'assicurata non avrebbe intrapreso, quantomeno rispetto alla situazione esistente al momento della precedente decisione, un'attività lucrativa a tempo pieno. Ricordato nuovamente come il metodo di calcolo non resta immutato, ma che ad ogni revisione si deve accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido, questo Tribunale ritiene che si impongano i necessari accertamenti intesi a stabilire se l'assicurata, in assenza del danno alla salute, avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa, sino al momento decisivo del provvedimento contestato. Questi accertamenti risultano imprescindibili considerato anche come con la pretesa qualificazione quale salariata al 100%, stante un'inabilità del 50% secondo la perizia SAM, all'assicurata potrebbe venir riconosciuto il diritto almeno ad una mezza rendita in luogo del quarto stabilito con la decisione contestata. In queste circostanze, la conclusione dell'Ufficio AI che ha ritenuto l'insorgente quale persona esercitante un'attività lucrativa a titolo parziale, applicando di conseguenza il metodo misto, non può essere confermata senza ulteriori accertamenti.

2.13. Visto l'esito della procedura e i chiarimenti che si rendono necessari, l'esame della valutazione economica così come quello degli impedimenti nell'attività di casalinga, appaiono prematuri. Abbondanzialmente, con riferimento al fatto che l'amministrazione, quando ha effettuato l'abituale raffronto dei redditi, giungendo ad un grado d'invalidità del 53% per la parte salariata, ha concesso unicamente una riduzione del 6% per la necessità di effettuare lavori leggeri - conclusione questa contestata dall'assicurata che la ritiene insufficiente - va ricordato che secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permetta di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronuncia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo

dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15%. La giurisprudenza di questo Tribunale (cfr. STCA del 31 gennaio 2013, 32.2012.36, confermata dal TF mediante pronuncia del 26 agosto 2013, 9C-179/2013; cfr. anche STCA 32.2012.265 del 11 giugno 2013) ha inoltre osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha, come detto, applicato una riduzione del 6% "per attività leggera". Ora, a prescindere dal fatto che, come detto, la giurisprudenza ammette deduzioni solo quantificate in un multiplo di 5, nel caso concreto l'amministrazione dovrà riesaminare l'opportunità di applicare ulteriori riduzioni in considerazione di eventuali altri fattori quali ad esempio l'esistenza di ulteriori limiti funzionali, il tasso di occupazione e il lungo tempo trascorso lontano dal lavoro. Questo aspetto andrà in ogni modo semmai esaminato al termine della nuova valutazione psichiatrica o pluridisciplinare che verrà effettuata così come del resto, nell'ipotesi in cui l'assicurata andrà nuovamente qualificata come parzialmente salariata, andranno nuovamente valutati i limiti nell'ambito casalingo. 2.14. Di norma, l'incarto può essere rinviato all'UAI o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto in virtù delle carenze sopra evidenziate e della necessità di procedere con un complemento peritale, s'impone un rinvio all'amministrazione per una nuova valutazione psichiatrica. Il periodo di osservazione dovrà estendersi su di un periodo di tempo più lungo, con colloqui approfonditi ed essere accompagnato dall'esecuzione di test indicativi e da un'attenta analisi delle dichiarazioni della ricorrente (cfr. anche sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008 del Tribunale federale amministrativo). Alla luce delle relative risultanze l'amministrazione valuterà l'opportunità di procedere ad interpellare altri periti nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. Per quanto riguarda l'eventuale peggioramento delle condizioni dell'assicurata che sembra essere intervenuto in maniera duratura in epoca successiva alla data della decisione contestata, peggioramento che, come detto, è attestato dal dr.

_____ ed è ritenuto quantomeno verosimile dall'amministrazione (sulla base del parere del dr. _____; doc. XXII; osservazioni dell'Ufficio AI del 2 aprile 2015, doc. XXX; parere della dr.ssa _____ del SMR del 26 gennaio 2015, doc. XXIII/5, XXII; cfr. al consid. 2.9), l'Ufficio AI dovrà pure predisporre gli accertamenti più opportuni per chiarire il suo influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata nell'ambito di un'ulteriore revisione, da considerarsi avviata con l'inoltro della perizia del dr. _____ del 3 dicembre 2014. In simili circostanze la domanda dell'assicurata tendente all'assunzione di ulteriori prove (in particolare l'allestimento di una perizia giudiziaria; doc. XIII) si rivela superflua. 2.15. In queste condizioni la decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché proceda conformemente ai considerandi e si pronunci

nuovamente sull'asserito miglioramento dello stato valetudinario della ricorrente e, quindi, sul grado di invalidità (inclusi i dovuti accertamenti al fine di definire il metodo di graduazione dell'invalidità) fermo restando il diritto di quest'ultima ad almeno un quarto di rendita, considerato come tale diritto non sia contestato (cfr. la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo). Va a questo proposito rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma del quarto di rendita almeno (non contestato) nel dispositivo della sentenza (cfr. anche la ST 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo) su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015). 2 .16. La ricorrente ha chiesto che l'Ufficio AI sia tenuto ad assumere i costi della perizia privata del dr. _____, essendo stata decisiva per l'esito (favorevole) del ricorso. In proposito va detto che giusta l'art. 43 cpv. 1 LPGA l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Secondo l'art. 45 cpv. 1 LPGA, l'assicuratore sociale assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. L'art. 78 cpv. 3 OAI precisa inoltre che le spese dei provvedimenti d'accertamento sono assunte dall'assicurazione se questi sono stati ordinati dall'ufficio AI o, altrimenti, se erano indispensabili all'erogazione delle prestazioni, oppure erano inerenti ai provvedimenti integrativi concessi in seguito. D'altra parte, per l'art. 61 lett. g LPGA, il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Fanno parte delle spese "ripetibili" ai sensi dell'art. 61 lett. g LPGA non solo i costi di patrocinio, ma anche particolari esborsi insorti per misure di accertamento (per esempio medico) che avrebbero dovuto essere ordinate dall'amministrazione, o, rispettivamente, dal Tribunale cantonale, ma che sono stati invece predisposti dall'assicurato parte della procedura (cfr. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. ed., 2009, all'art. 61 n. 13) . In proposito, nella sentenza pubblicata in DTF 115 V 62 l'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha statuito che nell'ambito dell'indennità di parte ripetibili ex art. 61 lett. g LPGA la parte vincente che si è prevalsa di una perizia di parte ha diritto al rimborso della spesa del perito (onorario e altre spese) a titolo di ripetibili, nella misura in cui la perizia si sia rilevata necessaria per la decisione, nel senso che la stessa abbia permesso di accertare in maniera convincente e decisiva ai fini del giudizio l'effettiva situazione medica, evitando quindi di dover ricorrere ad una perizia giudiziaria, (" Umtriebsentschädigung "; confermato nelle STF 8C_388/2010 del 7 dicembre 2010 consid. 10.2, 8C_673/2009 del 22 marzo 2010 consid. 8.3.1; cfr. anche STF I 1008/2006 del 24 aprile 2007; I 591/06 del 15 dicembre 2006; K 142/02 del 28 dicembre 2004 ; cfr. anche Kieser, ATSG Kommentar, 2010, ad art. 61 n. 113, p. 791; Leuzinger-Naef, Bundesrechtliche Verfahrensorderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand in Sozialversicherungsrecht, in: SZS 1991 pp. 176ss; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, p. 131). Inoltre, secondo la giurisprudenza, l'assicurato ha diritto alla rifusione dei costi della perizia privata anche nel caso in cui la stessa sia stata

determinante per il rinvio degli atti per l'espletamento di ulteriori accertamenti. La perizia privata ha infatti influito in misura determinante sulla conclusione della procedura (STF 8C_388/2010 del 7 dicembre 2010 consid. 10; 8C_673/2009 consid. 8.3 con riferimento alla STFA I 1008/2006 del 14 aprile 2007 consid. 3). La rifusione dei costi peritali presuppone altresì ovviamente che il ricorso ad una perizia privata fosse da considerare necessario, nell'ottica di un'adeguata difesa dei propri interessi (cfr. la precitata STF 8C-388/2010 del 7 dicembre 2010 consid. 10.2). Nella fattispecie, alla luce della suesposta giurisprudenza, questo Tribunale ritiene che l'Ufficio AI debba essere tenuto ad assumersi i costi della perizia 3 dicembre 2014 del dr. _____. In effetti, se è vero che la stessa non ha completamente delucidato le condizioni dell'assicurata, si è comunque rivelata determinante ai fini della presente pronuncia che stabilisce l'esigenza di procedere al rinvio degli atti all'amministrazione per effettuare ulteriori accertamenti medici, avendo reso manifesto, in questa sede, la possibile esistenza, già in epoca precedente alla resa della decisione contestata, di una situazione clinica dell'assicurata parzialmente diversa da quella descritta dalla perizia SAM e, quindi, la possibilità di problematiche psichiche invalidanti a carattere fluttuante, circostanza questa che potrebbe mettere (almeno parzialmente) in dubbio le conclusioni della perizia SAM del 28 gennaio 2013. Visto il differente approfondimento della componente psichiatrica da parte dell'amministrazione, e questo, come detto, anche successivamente alle contestazioni proposte dall'assicurata in sede di opposizione al progetto di decisione, con richiesta di accertamenti ulteriori e la produzione di certificati del curante confermantici la situazione psichica, il ricorso ad una perizia privata del tipo di quella allestita dal dr. _____ può essere considerato necessario per la valutazione del caso (cfr. l'art. 45 cpv. 1 LPGa), nell'ottica di un'adeguata difesa dei propri interessi. Potendo quindi essere riconosciuta alla perizia di parte un'importanza determinante per l'esito della procedura ricorsuale, segnatamente al fine del convincimento della necessità di procedere ad ulteriori accertamenti, i relativi costi appartengono ai costi peritali necessari ai sensi della DTF 115 V 62 e devono quindi andare a carico dell'Ufficio AI, nella misura di fr. 1'428 fr., come da fattura prodotta dalla ricorrente (doc. B2). 2.17. Visto l'esito sostanzialmente favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di ripetibili. Giusta gli artt. 61 cpv. 1 lett. g LPGa e 30 cpv. 2 Lptca, l'importo delle ripetibili è determinato in base all'importanza della causa e alla complessità del procedimento; l'art. 12 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili (RL 3.1.1.7.1) stabilisce da parte sua una tariffa oraria di riferimento di CHF 280.--, rimandando per il resto all'applicazione analogica dell'art. 11 cpv. 5, il quale, per la fissazione delle ripetibili, fa anch'esso riferimento al criterio della difficoltà e dell'importanza della lite (sulla commisurazione delle ripetibili tenendo conto dei suddetti due criteri cfr. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, p. 499); Nella fattispecie in esame, stante una certa complessità della causa e premesso che in sede di stralcio della procedura di cui all'inc. 32.2014.99 alla ricorrente sono già state riconosciute ripetibili nella misura di fr. 1'000.-- (cfr. decisione di stralcio del 14 dicembre 2014), dovendo essere considerate unicamente le prestazioni necessarie per lo svolgimento del patrocinio e dovendo essere quindi in concreto ritenute - sulla base degli atti e ritenute come l'atto di ricorso (seguito da osservazioni datate 13 novembre 2014, 1. dicembre 2014, 9 dicembre 2014, 6 gennaio 2015 e 14 aprile 2015, doc. X, XIII, XV, XXIV, XXXII) consti di 21 pagine e come tuttavia le prestazioni fornite nella fase pre-processuale non siano suscettibili di essere indennizzate (STFA B 23/04 dell'8 luglio 2004) - un dispendio orario di 8 ore complessivo

(successivamente al 12 agosto 2014), appare giustificato riconoscere ripetibili (per onorario e spese) di complessivi CHF 3'000.-- (IVA inclusa, di cui fr. 2'240.- di onorario e CHF 760.-- per spese), e non di CHF 4'928.- (comprendente anche il dispendio di lavoro dal 18 giugno 2014 al 5 agosto 2014, non coperto) chiesti con scritto 18 novembre 2014 del patrocinatore della ricorrente (cfr. doc. XXXVIII). 2.18. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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