

TI_GERICHTE 32.2014.133 vom 28. Juli 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-07-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.133

FR: TI_GERICHTE 32.2014.133 du 28 juillet 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.133 del 28 luglio 2014

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione 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 (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V

446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che "Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una convenzione" e al cpv. 2 che "i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio". Per mettere in pratica quanto prescritto all'art. 72bis cpv.2 OAI l'UFAS ha allestito il sistema di attribuzione "Suisse MED@P" (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous?" in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271). In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.). A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). Il Tribunale federale ha comunque 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 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.6. Nella decisione del 28 luglio 2014, l'amministrazione ha attribuito all'assicurata una mezza rendita d'invalidità limitatamente al periodo di tempo compreso tra il 1° febbraio 2012 e il 31 luglio 2013 (versata però dal 1° ottobre 2012, ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, essendo la domanda tardiva), ritenuto che dalla valutazione medica SAM, seguita da un raffronto dei redditi, è emerso che l'interessata non presenta un grado di invalidità pensionabile, dopo tale data. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.2. e 2.3., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1, a fare tempo dal 1° agosto 2013.

2.7. Nel caso di specie, dagli atti di causa risulta che l'Ufficio AI, con

lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare SAM (cardiologica, pneumologica, endocrinologica e psichiatrica). Globalmente, nel rapporto peritale del 23 dicembre 2013, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: “ Depressione ricorrente, attuale episodio medio in parziale remissione. Ansia somatizzata. Ventricolo sinistro con ipertrofia isolata del setto basale di origine non chiara, DD: cardiopatia ipertrofica incipiente: - FRCV: stato dopo tabagismo smesso nel 2010 (ca. 20 P/Y), sovrappeso ” (doc. AI 78-17). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: “ Ipotireosi e ipocalcemia iatrogene sostituite, presenti dopo la tiroidectomia subita nel giugno 2011, complicata da una paratiroidectomia incidentale. Stato dopo strumectomia per gozzo multinodulare eutireotico il 3.6.2011. Malesseri recidivanti su probabili ipoglicemie reattive presenti dal 2010. Obesità di grado I (BMI 31 kg/m²). Asma bronchiale d'entità lieve intermittente, controllata con inalazioni di Ventolin al bisogno. Stato dopo intervento microchirurgico laringeo nell'ambito di edema di Reinke delle corde vocali bilaterali. Nota talassemia minor. Stato dopo gastrite antrale cronica su h. pylori. Piccola ernia iatale” (doc. AI 78-18). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura dell'80% (riduzione del rendimento) nell'ultima attività di assistente di cura (se si evitano mansioni pesanti), come in qualunque attività confacente allo stato di salute, a partire dal 12 aprile 2013, ovvero dalla dimissione dalla Clinica _____ (doc. AI 78-23+24). Le conclusioni del SAM sono state avallate anche dal Dr. _____ del Servizio Medico Regionale dell'AI (cfr. rapporto del 13 gennaio 2014, doc. AI 80-1).

2.8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

2.8.1. Per quanto riguarda le patologie pneumologica (Dr. _____), endocrinologica (Dr.ssa _____) e cardiologica (Dr. _____) il quadro clinico dell'assicurata non è contestato (cfr. doc. I e IV), è quindi superfluo dilungarsi su questo punto, non essendovi contestazione tra le parti.

2.8.2. Per quanto riguarda invece la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta ad una valutazione specialistica da parte della Dr.ssa _____, medico chirurgo – specialista in psichiatria – la quale nel referto del 14 novembre 2013 ha posto la diagnosi di “ Depressione ricorrente, attuale episodio medio in parziale remissione (ICD 10, F 33.01). Ansia somatizzata (ICD 10, F45.8)” (doc. AI 78-38). Secondo la Dr.ssa _____ la capacità lavorativa è ridotta in ogni attività lavorativa del 20% (riduzione di rendimento). L'assicurata si presenta “ astenica-ipostenica, ansiosa, depressa, appesantita, ipoergica, facile alla stanchezza e bisognosa di recuperi ” (doc. AI 78-39). Il TCA non ha ragioni per scostarsi dalla valutazione della Dr.ssa _____, per le ragioni che seguono. In sede di osservazioni al progetto di decisione del 24 febbraio 2014 la Dr.ssa _____, medico generalista e non specialista nella materia che qui ci occupa, si è limitata a contestare il progetto dell'amministrazione rilevando che la paziente – peggiorata anche per i problemi di natura fisica – è in cura da uno psichiatra (Dr. _____) e assume regolarmente antidepressivi. A suo parere, ella non può lavorare più del 50% (doc. AI 87-1). L'insorgente, rappresentata dinanzi al TCA dalla RA 1, ha poi contestato la valutazione svolta dalla psichiatra del SAM sulla base delle certificazioni del

medico curante Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto all'UAI del 24 marzo 2014 ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " Stato depressivo persistente, episodio attuale medio-grave in parziale remissione. Depressione ricorrente, 1. episodio: 1995, 2.episodio 2001, 3.episodio 2002, 4.episodio: attualmente. – Disturbo di somatizzazione. – Stato dopo tabagismo. – Cardiopatia ipertrofica. – Asmia bronchiale di entità lieve intermittente. – Talassemia minor. – Gastrite antrale cronica. – Ernia iatale " (doc. AI 92-2). A mente del Dr. _____, la paziente è inabile al 50% nella propria professione. Gli impedimenti fisici e mentali sono riconducibili a " faticabilità accresciuta della paziente con attacchi d'ansia, irritabilità, perdita di controllo, nei momenti di aumento della capacità lavorativa " (doc. AI 92-4). Il referto del Dr. _____ è stato sottoposto dal SAM alla Dr.ssa _____ (cfr. doc. AI 96-1), la quale in data 28 maggio 2014 si è così espressa: "(...) ho preso visione della relazione del collega Dr. med. _____ datata 24.03.2014 nella quale il registra una diagnosi di: - Stato depressivo persistente, episodio attuale medio-grave in parziale remissione - Depressione ricorrente - Disturbo da somatizzazione Evidentemente esiste una sovrapposizione di fatto delle diagnosi riconosciute visto che la scrivente le diagnosticava una depressione ricorrente, attuale episodio di media qualità in parziale remissione, ansia somatizzata. Le due diagnosi registrate dal collega cioè Depressione ricorrente e stato depressivo episodio attuale di medio-grave qualità, farebbero pensare a una cosiddetta depressione doppia. Pare che il collega riferisca di un quadro distimico associato a episodi depressivi maggiori ricorrenti ma nei colloqui con la signora si conferma solo una ricorrenza con intervalli liberi. In effetti non si registra un quadro persistente negli atti riguardanti la signora. Ciò detto comunque il dato di per se stesso non modifica le mie conclusioni. Il quadro depressivo ricorrente che è l'elemento di base per definire i limiti funzionali dell'A è in parziale remissione (come confermato dal curante nella sua relazione) e come tale non può motivare percentuali di IL superiori al 20%" (doc. AI 96-3). Le conclusioni della Dr.ssa _____ sono state convalidate anche dal Dr. _____ del SMR (cfr. annotazione del 23 giugno 2014). In sede di ricorso al TCA, la RA 1 ha prodotto in particolare due nuovi referti del Dr. _____ datati rispettivamente 12 agosto 2014 (doc. 12) e 9 settembre 2014 (doc. 5). Nel certificato del 12 agosto 2014 il medico curante risponde in questi termini al responsabile della RA 1: "(...) - Le confermo la diagnosi da me scritta, di Stato depressivo persistente attuale medio e grave in remissione parziale nel contesto di una depressione ricorrente. Le diagnosi sono quindi doppie: una concernente l'episodio attuale, e l'altra concernente l'episodio grave. - Termini ICD: il codice varia tra F33.1 e F33.2. - Per contro, non esiste il codice F33.01, come da lei riferitomi nella sua lettera. - Segnalo inoltre che, l'evoluzione è completata da un'ansia, da un disturbo di somatizzazione che, come si sa, nel 70-80% dei casi aggrava il vissuto depressivo. Codice diagnostico F45.0. - Naturalmente il disturbo di somatizzazione è complicato dalla cardiopatia ipertrofica, dall'asma bronchiale di lieve intensità ma ricorrente, dalla talassemia minor." (doc. 12). Nello scritto del 9 settembre 2014 il Dr. _____ ha preso posizione invece sul test SCL-90-R: "(...) Test SC:L-90-R: il protocollo rivela l'esistenza di uno stato di una chiara depressione con la presenza di una componente ansiosa e, nella sottospecie di tipo fobico e ossessivo compulsivo. A ciò vanno aggiunte delle tendenze allo psicoticismo (elementi psicotici). Quindi, questa scala conferma l'esistenza di uno stato depressivo maggiore a componente ansiosa, la cui valutazione per l'incapacità lavorativa rimane tuttavia essenzialmente clinica. Gli elementi clinici rilevati (vedi rapporti precedenti), per quanto concerne la diagnosi di depressione ricorrente, che ho volutamente

dissociato dalla patologia attuale perché la sofferenza affettiva della mia paziente, è dovuta ad una serie di fattori diversi rispetto alla depressione ricorrente antecedente; infatti, la paziente si trova in una fase climaterica, con scombussolamento ormonale che incide anche sul vissuto depressivo e, dall'altro lato vi è un'obesità, e, soprattutto, l'apparizione di disturbi della tiroide, che notoriamente incidono sull'evoluzione di una depressione. Questi fattori non erano presenti nella depressione ricorrente. I disturbi distimici non sono stati citati, perché non coinvolgono l'incapacità lavorativa" (doc. 5). Alla luce di quanto esposto e della giurisprudenza in materia di valore probatorio (consid. 2.5) il TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla Dr.ssa _____ e che i referti del Dr. _____ non apportano nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulla valutazione specialistica del perito dell'amministrazione. Per quanto riguarda le censure del ricorrente riguardo l'anamnesi (numero di consultazioni con il Dr. _____, antecedenti psichiatriche e ricoveri), nonché sul test SCL-90-R svolto dalla perita e la documentazione antecedente al 2012 che – secondo l'assicurata – non è stata visionata dalla perita, il SAM ha ulteriormente interpellato la Dr.ssa _____. La perita ha così risposto il 10 novembre 2014: " (...) Con la presente sono a rispondere alla Vostra richiesta di presa di posizione dei nuovi atti messi a disposizione sul caso in oggetto, alcuni di fatto nuovi, altri più antichi e mancanti nella lettura degli atti del 2013. All'epoca della mia perizia datata 10-11/2013, la signora comunicava di aver effettuato circa 4 colloqui con il Dr. _____, leggo invece che fin dal 1995 il collega ha incontrato e valutato la signora. Il senso di tale omissione va inoltrato alla signora, d'altro canto non ho ricevuto all'epoca le relazioni che mi giungono oggi e non potevo evidenziare questo gap informativo e rimandarlo alla signora a mia volta. Ciò detto, registro che agli atti attuali vengono formalizzate diagnosi quali: - 08.2014 Dr. med _____ Stato depressivo attuale di media gravità e grave in remissione parziale nel contesto di una depressione ricorrente - 1995 Dr med _____, Disturbo dell'adattamento - 2001 Dr med _____, Reazione ansioso-depressiva (che in dettaglio corrisponde ad un disturbo dell'adattamento) - 2001 Clinica _____ Sindrome ansioso-depressiva in parte reattiva - 2002 Dr med _____ Reazione ansioso-depressiva - 2002 Clinica _____, Sindrome ansioso-depressiva - 11.2002 Dr med _____ "paziente ansioso, depressa, incapace a concentrarsi....", evoluzione ansioso-depressiva prolungata , IL al 50% dal 05.2002 Ricorderò che agli atti da me descritti si aggiungevano nel 2013 - 06.2012 Dr med _____, stato ansioso-depressivo - 04.2013 Clinica _____, Depressione di media entità in sindrome somatoforme con insonnia Nel 2013 effettuavo il test SCL90 in cui riportava: elevazione delle scale depressione, ansia generale, ipersensibilità, attivazione somatica e sofferenza globale. Il dato appariva coerente con quanto da me registrato nel corso dei due colloqui clinici come si può evidenziare dallo status da me registrato all'epoca che menziona appunto umore deflesso, ansia, somatizzazioni, sofferenza, tensione. Ponevo le diagnosi di: - Depressione ricorrente attuale episodio medio in parziale remissione (ICD 10, F 33.10) - che per errore di battitura risultava essere nella mia relazione un codice 33.01- - Ansia somatizzata (ICD 10, F 45 .8) Registravo in maniera inequivocabile la presenza di precedenti episodi a tinta depressiva correlati reattivamente a eventi di vita (almeno negli anni 1987,1995,2001,2011, 2013, per come ricostruiti con la signora retrospettivamente). Si evidenziava anche che la dizione "reattivo" calzava solo in parte poiché ella manifestava una fragilità che la portava a "reagire" con umori deflessi e profonda sofferenza anche a eventi di lieve qualità come a richiamare l'attenzione su una

tendenza alla ricorrenza a prescindere dai fatti cui ella mostrava contestualmente di dare attenzione per motivare il malessere in corso. Con i problemi fisici e in particolare con l'asportazione tiroidea ella manifesta un complesso quadro somatico con episodi lipotimici e convulsivi di ndd; aumento considerevole del peso corporeo, ansia, depressione, modifica dell'immagine di sé con sofferenza. Associato al quadro somatico, l'ultimo episodio depressivo dopo il ricovero presso la _____ faticava ad essere recuperato. Il quadro misto ansioso-depressivo registrato nel 2012 dalla collega _____ si era a mio avviso organizzato in un quadro depressivo di media gravità in parte migliorato all'epoca dei colloqui ma non risoltosi. Ritenevo che il quadro presentato potesse produrre al massimo una percentuale di IL del 20% proprio perchè in remissione almeno parziale. Mi pare che gli atti messi a disposizione oggi non modifichino le conclusioni della mia perizia, apportando solo conferme oggettive a quanto descritto dalla signora anche se non supportato da certificati medici. Il collega _____ nella sua del 09.2014 torna sul SLC 90 da me effettuato a sostegno della presenza di un quadro depressivo che non mancavo di registrare ma in miglioramento almeno parziale. Quanto da lui registrato è stato da me ampiamente considerato nella valutazione peritale (ho svolto il test propriamente per usarlo a conferma-sostegno delle mie impressioni cliniche e non certamente per fare il contrario). Come dice giustamente il collega la valutazione del caso è e resta clinica, cioè del medico psichiatra. Nessun test, soprattutto auto compilato (e quindi gravato da rischi di manipolazione, accentuazione dei sintomi denunciati a scopi vari, ecc) può essere usato per porre diagnosi o per sostituire una valutazione medica. Ciò detto quindi non mi pare che la riflessione del _____ apporti elementi di novità a quanto da me già detto. Le scale sono nettamente e diffusamente aumentate come anche possibilmente a indicare un'accentuazione, tendenza alla drammatizzazione che nel colloquio si dirime e ricompone. Per il resto non mi pare ci sia altro da ridiscutere e/o approfondire” (doc. VIII). La Dr.ssa _____ e il Dr. _____ del SAM – nello scritto del 24 novembre 2014 – hanno quindi così concluso: " (...) Nelle conclusioni riteniamo pertanto che, come ben affermato dalla nostra consulente in psichiatria Dr.ssa med. _____, non vi sono elementi atti a modificare la sua valutazione. I certificati apportati sottopongono delle diagnosi di sindrome ansiosodepressiva o reazione ansiosodepressiva o disturbo dell'adattamento, che di per sé non possono giustificare un'incapacità lavorativa prolungata. La diagnosi stessa, infatti, significa che la sintomatologia ansiosa e quella depressiva non sono abbastanza gravi da giustificare una diagnosi a sé stante. Pertanto la nostra consulente aveva posto nella sua perizia la diagnosi di depressione ricorrente, attuale episodio medio in parziale remissione ICD10 F33.10 e ansia somatizzata ICD10 F45.8, attestando un'incapacità lavorativa del 20%. Quanto registrato dal collega Dr. med. _____ è stato ampiamente considerato nella valutazione peritale da parte della nostra consulente Dr.ssa med. _____. Pertanto gli atti sottoposti non sono in grado di modificare le nostre conclusioni peritali” (doc. VIII). Il Dr. _____ del SMR, nell'annotazione del 25 novembre 2014, non ha identificato elementi per scostarsi dalla perizia SAM (doc. VIII). In conclusione, secondo questa Corte le conclusioni del medico curante dell'assicurata sono in parte sovrapponibili per quanto riguarda la diagnosi. Questo elemento è stato evidenziato anche dalla Dr.ssa _____ il 28 maggio 2014: “ Evidentemente esiste una sovrapposizione di fatto delle diagnosi riconosciute ” (doc. AI 96-3). Entrambi hanno infatti riscontrato uno stato depressivo persistente, in parziale remissione, sebbene per il medico curante l'episodio attuale sia medio-grave e non solo medio, e un'ansia (disturbo) somatizzata. Tuttavia, la Dr.ssa _____ nelle precisazioni del 10 novembre 2014 ha

confermato la propria diagnosi ritenendo che il quadro depressivo è in parziale remissione “ e come tale non può motivare percentuali di IL superiori al 20% ” (cfr. doc. VIII). Inoltre, secondo la perita, l’assicurata si presenta “ astenica-ipostenica, ansiosa, depressa, appesantita, ipoergica, facile alla stanchezza e bisognosa di recuperi ” (doc. AI 78-39) e analogamente secondo il Dr. _____ la paziente accusa “ faticabilità accresciuta (...) con attacchi d’ansia, irritabilità, perdita di controllo, nei momenti di aumento della capacità lavorativa” (doc. AI 92-4). Va poi evidenziato che nel rapporto del 16 aprile 2013 relativo alla degenza della paziente alla Clinica _____ - dal 20 marzo al 12 aprile 2013 - il Dr. _____, medico responsabile della struttura, il medico assistente _____ e la psicologa _____, avevano diagnosticato “ 1. Episodio depressivo di entità media (F33.1). 2. Sindrome somatoforme con insonnia ” (doc. AI 53-2). Dal punto di vista evolutivo i sanitari della Clinica _____, avevano riscontrato un’evoluzione positiva: “ dal profilo sintomatico rileviamo infatti un netto miglioramento caratterizzato da diminuzione dell’ansia, scomparsa dell’angoscia, miglioramento della timia, regolarizzazione del sonno, diminuzione della sintomatologia dolorosa al rachide dorsale, diminuzione fino a scomparsa della sensazione di vertigine, rigidità muscolare e dolore ai piedi lamentata durante i primi giorni della degenza. In concomitanza con la perdita di peso (ca. 9 kg), assistiamo ad un maggiore accettazione di sé e del proprio vissuto corporeo e quindi ad un miglioramento dell’autostima. Di pari passo riscontriamo una ripresa dell’energia vitale e della progettualità. Ciò nondimeno la pz permane fragile. In particolare durante i colloqui si evidenzia una problematica di accettazione di sé con una focalizzazione sul corpo (vissuto come traditore e nemico) e la presenza di sentimenti di vergogna. Pertanto, come richiesto dalla pz, optiamo per un proseguimento della presa a carico in forma ambulatoriale da parte dello psichiatra Dr. med. _____, che in passato aveva già seguito la pz ” (doc. AI 53-2). Alla luce di tutto quanto sopra, la divergente valutazione dell’incapacità lavorativa dell’assicurata (50% secondo il Dr. _____, 20% a mente della Dr.ssa _____) va intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell’interessata hanno sulla sua capacità di lavoro. Giova qui inoltre ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008, il Tribunale federale ha sottolineato che: (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces méde-cins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de

l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" Infine, il responsabile della RA 1 si è interrogato sul grado di imparzialità della Dr.ssa _____ " la quale funge da consulente esterno del SAM – come gli altri consulenti specialisti – pur senza avere nessun indirizzo professionale all'infuori del SAM. Oltre al fatto di fregiarsi di un titolo quale specialista in psichiatria, con riconoscimento del titolo federale, ma non di un titolo FMH in psichiatria e psicoterapia " (doc. I, pag. 7 e doc. X). Egli ha quindi aggiunto che "in ogni situazione esaminata dall'Alta Corte vi era sempre l'avvallo di un medico con titolo FMH specifico o la presenza di un superiore con tale titolo", ma non in questo caso (doc. X). Occorre qui sottolineare che, come giustamente rilevato dall'amministrazione, in una sentenza 9C_218/2008 del 4 marzo 2009, il Tribunale federale ha precisato che, con riferimento alle perizie mediche specialistiche, il perito, ai sensi della giurisprudenza, deve avere una formazione specialistica e non necessariamente essere in possesso del titolo FMH. L'Alta Corte ha infatti osservato che: " (...) Zu Unrecht macht die Versicherte geltend, die Vorinstanz habe den Sachverhalt im Sinne von Art. 97 BGG offensichtlich unrichtig festgestellt und dabei Bundesrecht im Sinne von Art. 95 BGG verletzt. Soweit sie die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens vom 11. Dezember 2006 anzweifelt mit der Begründung, mehrere der beteiligten Gutachter seien nicht Träger eines Schweizerischen FMH-Facharzttitels, sei darauf hingewiesen, dass ein Gutachter nach der Rechtsprechung über eine Fachausbildung, nicht jedoch über eine FMH-Ausbildung verfügen muss und es bei Beteiligung mehrerer Ärzte an einem Gutachten (z.B. bei einer Begutachtung durch eine MEDAS) genügt, wenn der verantwortliche Gutachter die entsprechende Fachausbildung absolviert hat (Urteil 9C_270/2008 vom 12. August 2008 E. 3.3)." Nella citata sentenza 9C_270/2008 del 12 agosto 2008, il Tribunale federale ha indicato: " (...) 3.3. Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf das Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 20. November 2007 (I 142/07) die fachliche Ausbildung und Titel der am MEDAS-Gutachten beteiligten Ärzte beanstandet oder in Zweifel zieht, ist dies unbegründet. Das Bundesgericht hat im erwähnten Urteil vom 20. November 2007 entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zwingend eine FMH-Ausbildung für Gutachter verlangt, sondern nur eine Fachausbildung, welche auch, wie dies auf die Gutachterin B. _____ zutrifft, im Ausland erworben werden kann. Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 19. Oktober 2006 wurde vom Chefarzt und einer Fachärztin für Innere Medizin erstellt. Bei den konsiliarisch zugezogenen Fachärzten hat u.a. Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie, das Gutachten eingesehen und sich mit den Schlussfolgerungen einverstanden erklärt. Damit kommt dem MEDAS-Gutachten auch hinsichtlich des psychiatrischen Teils voller Beweiswert zu (vgl. auch BGE 123 V 175 ; AHI 1998 S. 125). Zusätzlich ist festzuhalten, dass ohnehin nicht sämtliche an der Ausarbeitung eines Gutachtens beteiligten Ärzte über eine Fachausbildung verfügen müssen. Es genügt in diesem Zusammenhang, dass der verantwortliche Gutachter die entsprechende Fachausbildung absolviert hat." Il TCA, in una sentenza 35.2009.26 del 22 aprile 2009, a proposito del fatto che uno dei medici chiamato ad esprimere il proprio parere peritale nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, specializzatosi in neurologia e psichiatria in Germania, non fosse in possesso di un titolo FMH, ha evidenziato che "ai sensi della giurisprudenza della nostra Massima Istanza da un perito non si pretende una formazione FMH, bensì è sufficiente che lo stesso disponga di una formazione specialistica, la quale può essere conseguita anche all'estero (cfr. STF 9C_270/2008 del 12 agosto 2008

consid. 3.3.; STF 9C_218/2008 del 4 marzo 2009 consid. 4.2.)". Vedi su questo punto anche la sentenza del TF 9C_59/2010 dell'11 giugno 2010 citata dall'UAI in sede di osservazioni (doc. XII, pag. 2). Anche su questo punto, dunque, il ricorso non merita accoglimento. In conclusione, rispecchiando la perizia SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata è inabile al lavoro al 20% in qualsiasi attività, a partire dal mese di aprile 2013. 2.9. In queste condizioni, questo Tribunale, constatato che l'assicurata conserva, a partire da aprile 2013, una capacità lavorativa residua dell'80% nella sua precedente attività di ausiliaria di cure, come in altre attività adeguate, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente all'80% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che, come indicato dall'UAI, l'incapacità lucrativa della ricorrente ammonta al 20% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008; STF 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009), percentuale che non dà diritto ad una rendita di invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C_444/2009 del 16 settembre 2009, nella quale il TF, confermando la precedente sentenza 32.2008.73 del 23 aprile 2009 del TCA, ha confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità per un assicurato, abile al lavoro al 50% sia nella sua attività, sia in altre; in una sentenza 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009 per un'assicurata inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Vedi anche la sentenza 9C_633/2014 del 15 giugno 2015. Di conseguenza, ritenuti i seguenti periodi di inabilità lavorativa in ogni attività: - 100% dal 27 febbraio 2011 al 3 luglio 2011; - 50% dal 4 luglio 2011 al 19 marzo 2013; - 100% dal 20 marzo 2013 all'11 aprile 2013; - 20% dal 12 aprile 2013; l'Ufficio AI ha correttamente attribuito all'assicurata una mezza rendita d'invalidità (grado del 50%) limitatamente al periodo di tempo compreso tra il 1° febbraio 2012 e il 31 luglio 2013, ma versata unicamente dal 1° ottobre 2012, ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, e soppresso le prestazioni a partire dal 1° agosto 2013, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppime, 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 (cfr. STF 9C- 971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1). 2.10. L'assicurata nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di una perizia psichiatrica giudiziaria (doc. I).

Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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'assicurata.

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