

TI_GERICHTE 32.2014.27 vom 10. Februar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-02-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.27

FR: TI_GERICHTE 32.2014.27 du 10 février 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.27 del 10 febbraio 2014

Regeste

Viste le risultanze della perizia giudiziaria, ritenuti i ricoveri ospedalieri in cui va riconosciuta un'incapacità al lavoro totale e considerata la valutazione economica il ricorso va parzialmente accolto e una rendita intera riconosciuta per i periodi dal 1.2.al 31.7.10 e dal 1.1 al 30.4.13

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'in-successo e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA I 702/03 del 28 maggio 2004, consid. 5 e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemes-sung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und

Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si é confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del

E. 19

maggio 2006). 2.6. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a 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 (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.7. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.1), questo Tribunale, con STCA del 13 ottobre 2009 cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 141/1-29), aveva annullato la decisione del 16 aprile 2009 – decisione con la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2007 al 31 marzo 2008 e ad un quarto di rendita dal 1. aprile 2008 (doc. AI 98/1-2 e le motivazioni sub doc. AI 96/1-3) – e rinviato gli atti all'amministrazione affinché, esperiti i necessari accertamenti medici, rendesse un nuovo provvedimento. Ottemperando a quanto indicato da questo Tribunale l'Ufficio AI – che, nel frattempo (cfr. consid. 1.2), con decisione del 9 novembre 2009 (doc. AI 146/1-3), sfociata nella STCA di rinvio del 12 gennaio 2010 (doc. AI 157/1-7), aveva respinto la domanda AGI del 30 luglio 2009 (doc. AI 113/1 e 127/1-6) – il 17 marzo 2010 ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 173/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare del 1° ottobre 2010 (doc. AI 205/1-76) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni

obiettive, hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____) e neurologica (dr. _____). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome depressiva persistente (ICD-10 F 34.9). Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F 33.1). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Disturbo di personalità dipendente con note istrioniche (ICD-10 F 60.7). Fibromialgia. Periartrite omero scapolare cronica bilaterale con: - piccola lesione parziale del sovraspinato alla MRI del 17.2.2004. Importante decondizionamento psicofisico. Cefalee croniche di tipo in parte tensivo e in parte emicranico. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Ipotiroidismo trattato (TSH attuale nei limiti di norma). (...)" (doc. AI 205/46) Considerati tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) La capacità lavorativa dell'A. nel suo impiego di cameriera ai piani è valutato nella misura del 50% (intesa come rendimento pieno per quattro ore al giorno). (...)" (doc. AI 205/53), il SAM ha concluso: "(...) 8. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le menomazioni constatate si situano soprattutto nella sfera psichiatrica ed in ambito muscolo scheletrico. La valutazione psichiatrica della Dr.ssa med. R. _____ ha evidenziato una sindrome depressiva persistente, sindrome depressiva ricorrente con episodio attuale di media gravità, sindrome somatoforme da dolore persistente e disturbo di personalità dipendente con note istrioniche. La consulente riconosce al momento all'A. una percentuale d'incapacità lavorativa pari al 50%, dove riconosce anche temporanee e più brevi fasi di peggioramento con ricoveri che evidentemente trasformano il quadro in una situazione d'incapacità lavorativa pari al 100%. L'A. appare alla consulente pesantemente dolente, depressa, astenica, facile alla stanchezza, bisognosa di riposi ripetuti. La sua percentuale del 50% va intesa come limitazione funzionale: 50% di otto ore di media al giorno (circa quattro ore/die) visto che un orario intero, anche a rendimento ridotto, l'A. non appare in grado di sostenerlo e produrrebbe solo un peggioramento clinico. La prognosi a medio-lungo termine al momento appare riservata. La Dott.ssa _____, per quanto concerne la percentuale d'incapacità lavorativa si allinea con le valutazioni dei colleghi Dr. Med. _____ (prima perizia SAM 29.09.2008) e Dr.ssa med. _____ (vedi atto 20.11.2008, prima perizia SAM (n. dr. recte 10.01.2008 prima perizia CPAS; cfr. doc. AI 37/1-9). Sul piano reumatologico il Dr. Med. _____, che aveva già valutato l'A. il 21.08.2008, la rivede in una seconda visita dove valuta una situazione invariata rispetto al suo ultimo consulto e ritiene l'A. abile come cameriera ai piani in un lavoro a tempo pieno ma con un rendimento ridotto nella misura del 20%. Nella sfera neurologica il consulente Dr. Med _____ pone le diagnosi di cefalee croniche di tipo in parte tensivo e in parte emicranico, per le quali riconosce un'incapacità lavorativa massima del 10-15% in occasione di cefalee più acute ed intense. Complessivamente giudichiamo l'A. abile al lavoro al 50% nel suo ultimo impiego di cameriera ai piani e questo a partire dal gennaio 2007 periodo durante il quale sarebbe iniziato il quadro depressivo e si sarebbe formulata la diagnosi di fibromialgia generalizzata (vedi atti 21.8.2006 e 15.10.2006). Vanno riconosciuti periodi d'incapacità lavorativa totale durante i periodi di degenza ospedaliera, in particolare dal 26.8 al 12.10.2007 (prima ammissione Clinica _____), 14.4 al 21.4.2008 (degenza nel reparto di medicina interna dell'Ospedale _____), dal 7.1 al 6.5.2008 (degenza presso la Clinica _____), dal 6 all'8.5.2008 (degenza per motivi ginecologici), dall'1 al

28.6.2008 (degenza per riabilitazione alla clinica di _____), dal 23.7 al 20.8.2009 (degenza presso la Clinica _____), dal 24.10.2009 al 29.1.2010 (degenza presso la Clinica _____), dal 26.2 al 16.4.2010 (degenza presso la Clinica _____). Le inabilità lavorative per motivi psichiatrici, reumatologici e neurologici, a nostro avviso, non vanno sommate, ma integrate in quanto considerano una sindrome da dolore cronico. Il dolore somatoforme e la fibromialgia, il cui quadro clinico è pure rappresentato da cefalee, insonnia e stanchezza, sono diagnosi sovrapponibili. Lo stesso disturbo viene quindi valutato da vari specialisti. 9. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ

D'INTEGRAZIONE Secondo la consulente psichiatrica non appare utile procedere ad una riformazione visto il quadro, la scarsa-assente disponibilità personologica ed i limiti culturali. L'A. andrebbe reintegrata nella sua attività ad una percentuale del 50%, magari con un programma di aumento propedeutico del ritmo di lavoro. Dal punto di vista psichiatrico l'A. potrebbe svolgere altre attività teoricamente esigibili, compatibili con l'età, livello culturale e stato fisico, nella stessa percentuale già citata del 50%. Sempre nella sfera psichiatrica per quanto riguarda le possibilità terapeutiche, la consulente Dr.ssa med.

_____ raccomanda di persistere con la presa a carico specialistica utile ripensare ad un'ulteriore modifica della farmacoterapia. Reputa inoltre utile un programma di cura prima di procedere ad abdicare alla patologia (programma di trattamento fisico, farmacologico psichiatrico, psicoterapico individuale e di coppia, gruppi psicoeducazionali). La consulente è consapevole della delicatezza e dell'insidiosità del quadro che il Dr. med. _____ sottolinea giungendo a conclusioni di contenuto fortemente pessimistico sulla prognosi che appaiono congrue e comprensibili ma, la consulente ritiene che sta a loro come tecnici, poter-voler sperare in un futuro migliore per l'A. La consulente non ritiene utile alla prognosi dell'A. misconoscere una seppur limitata potenziale capacità di "recupero", condivide che il quadro sia stabile da tempo e quanto ciò renda difficile immaginare una prognosi positiva (almeno al momento) ma crede anche necessario richiamare l'A. ad una maggiore partecipazione al suo percorso di cura. Chi perderà di più sarà l'A. se non le sarà intimato di reagire, di non abdicare sino a non avere più una vita che sia degna d'essere vissuta. Abile come casalinga al 65%. Sul piano reumatologico, il consulente Dr. med.

_____ ritiene che l'A. sia in grado di svolgere un lavoro che possa comportare anche mansioni pesanti o mediamente pesanti a tempo pieno ma con un rendimento ridotto nella misura del 20%. Il lavoro dovrebbe evitare movimenti eccessivamente ripetitivi con le spalle attorno e sopra l'orizzontale. Il consulente elenca inoltre nel suo consulto i limiti funzionali presentati dall'A. Non ritiene vi siano da prevedere cambiamenti di rilievo a medio-lungo termine. La capacità lavorativa è lievemente diminuita a causa dei problemi alle spalle, particolarmente alla spalla ds. La fibromialgia inoltre riduce lievemente la capacità lavorativa attraverso i dolori, i disturbi del sonno e la stanchezza. Il consulente non ha proposte terapeutiche. Come casalinga l'A. è inabile al lavoro al massimo nella misura del 20%. Nella sfera neurologica l'A. presenta un'inabilità lavorativa del 10-15% al massimo in occasione di cefalee più acute ed intense. Il consulente non ha proposte terapeutiche dal punto di vista esclusivamente neurologico che possano migliorare la capacità lavorativa dell'A. Ritiene però che le terapie per una sindrome dolorosa cronica possano eventualmente essere utili anche per il trattamento di base delle cefalee. Ritiene inoltre l'A. abile al 100% in qualità di casalinga. Complessivamente giudichiamo l'A. abile al 65% come casalinga (inabilità lavorativa del 35% per motivi psichiatrici, nella quale vengono integrate un'incapacità lavorativa del 20% per ragioni reumatologiche). In un mestiere adatto, nel quale riconosciamo anche l'ultima attività di cameriera ai piani e la

precedente di operaia agricola, valutiamo l'A. abile al 50%, questo a partire dal gennaio 2007, allorquando venivano diagnosticati i primi stati depressivi e veniva posta la diagnosi di fibromialgia. A partire dal gennaio 2007 vanno riconosciuti i periodi d'inabilità lavorativa durante le degenze ospedaliere come al punto 8. 10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Per quanto riguarda il diritto all'assegno di grandi invalidi (domanda posta dal Tribunale cantonale delle assicurazioni) giudichiamo che in considerazione della valutazione reumatologica non vi siano i presupposti per tale aiuto. L'A. mantiene una capacità lavorativa dell'80% in un lavoro anche con mansioni pesanti o mediamente pesanti, ciò che presuppone che l'A. abbia una buona autonomia ed indipendenza. Come ben descritto nel consulto della Dr.ssa med.

_____, psichiatra, l'A. va piuttosto stimolata per recuperarla ad una maggiore partecipazione nel suo percorso di cura, mentre proposte di lavoro sulla coppia potrebbero favorire un cambiamento dell'A. sostenendo il coniuge ad una presenza alternativa alla presa a carico ed il tutoraggio, che di fatto mantiene viva la mancanza di autonomia sulla base di un guadagno secondario della malattia. La consulente psichiatra si esprime sull'assegno grandi invalidi (allegato al suo consulto) dove ritiene che le patologie psichiatriche determinano una percentuale d'inabilità lavorativa del 50%, che non giustifica l'intervento di terzi per attività di base della vita quotidiana che solitamente si producono per percentuali superiori. C'è anche da rilevare che non necessariamente l'azione di aiuto di familiari a un soggetto è congrua con il tipo di limite oggettivo ma piuttosto determinato dall'eventuale presenza di un disturbo di personalità (es. dipendente) e da rapporti interpersonali viziati da dinamiche psicologiche. Nella relazioni della collega Dr.ssa med.

_____ (atto dell'1.9.2009, allegato per grandi invalidi, prima perizia SAM) si legge:
- punto 3 la collega Dr.ssa med. _____ ritiene di verificare la presenza di un quadro di grande invalidità che non rilevo almeno dal punto di vista psichiatrico; - punto 4 sempre la Dr.ssa med. _____ considera che lo stato non possa essere migliorato: mentre la nostra consulente Dr.ssa med. _____ non crede sia così; insiste sulla necessità di un lavoro che coinvolga i coniugi per favorire un'uscita da dinamiche di coppia che rischiano di divenire perverse e insiste sulla necessità di un aggiustamento farmacologico con maggiore presenza di neurolettici a pieno dosaggio. - al punto 4.4 la Dr.ssa Med.

_____ denuncia la necessità di "sorveglianza" che, secondo la Dr.ssa med _____, sembra un eccesso, in quanto appare bisognosa e arresa ma non da sorvegliare. - punto 5.3 necessità di presenze di sostegno più emotivo che non pratico. La nostra consulente Dr.ssa _____ insiste anche per la presenza di una dinamica di resa e di abdicazione con la quale non si dovrebbe colludere. Domande particolari non ne sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare una copia della nostra perizia al medico curante affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 205/53-57) Nell'ambito della procedura concernente il ricorso contro la decisione del 18 gennaio 2011 di rifiuto AGI (cfr. consid. 1.2) – viste anche le divergenze emerse tra le valutazioni della dr.ssa _____ e quelle del dr. _____; vedi al riguardo lo scritto 7 marzo 2011 del dr _____ indirizzato all'avv. RA 1 (doc. AI 232/3-8) con la relativa presa di posizione 7 aprile 2011 del SAM con riprodotta integralmente la presa di posizione della dr.ssa _____ del 25 marzo 2011 (doc. AI 239/1-4 e 239/5-8) e lo scritto 24 maggio 2011 del dr. _____ indirizzato all'avv. RA 1 (doc. AI 253/3-5) con relativa annotazione 7 giugno 2011 con la quale il medico SMR dr. _____ non ha ritenuto doverlo sottoporre alla dr.ssa _____

(doc. AI 255/1) – , questo Tribunale, con ordinanze 20 ottobre e 18 novembre 2011 (doc. AI 269/1-2 e 273/1-6), ha ordinato una perizia giudiziaria a cura dell' Aertzliches Begutachtungs-istitut (_____) di _____. Nella perizia giudiziaria del 20 settembre 2012 (doc. AI 287/2-37) i periti dell' _____, posta la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezedivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1) 2. Chronische Therapieresistente Fibromyalgie (ICD-10 M79.0) - ausgeprägte allgemeine muskuläre Dekonditionierung mit reaktiven Myogelosen im Nackenschultergürtel bei Adipositas 3. Generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52) - chronische Spannungskopfschmerzen 5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Anamnestisch bilaterale Periarthropathia humeroscapularis chronica (ICD-10 M75.9) - radiomorphologisch in einem Schulter-MRT von Februar 2004 kleine Tendinitis des M. supraspinatus mit kleiner Läsion, leichte Bursitis subdeltoidea und leichte akromioklavikuläre Arthrose 2. Metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 34 kg/m²) (ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Dyslipidämie (ICD-10 E78.2) 3. Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E03.9) - aktuell euthyreot 4. Grenzwertiger Eisenmangel - Ferritin unter dem Referenzwert, substitutionsbedürftig - keine Anämie feststellbar (...)" (doc. AI 287/30) hanno formulato la seguente valutazione globale: " (...) 6. Gesamtbeurteilung Die Konklusion dieses Gutachtens wurde durch einen multidisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern erarbeitet. 6.1 Allgemeines Die 1960 in _____ eborene Explorandin hat aus ihrer noch andauernden Ehe einen 1977 geborenen Sohn und eine 1984 geborene Tochter. Beide wohnen am gleichen Ort, es besteht ein regelmässiger Kontakt. Die Explorandin wird von ihrem IV-berenteten Ehemann im Alltag in sämtlichen Bereichen umsorgt und begleitet. Er führt den Haushalt, fährt sie zu den ambulanten Behandlungen und Therapien usw.. Die Explorandin habe 7 Grundschuljahre in _____ absolviert und ist 1992 in die Schweiz gekommen. Über die Tätigkeit in _____ und bis 2002 in der Schweiz ist in den Akten nichts dokumentiert. Ab 2002 war sie saisonweise in Hotels angestellt, zuletzt vom 1.4.2006 bis 31.10.2006 im Hotel Garni in _____. Dort wurde sie ab 22.6.2006 arbeitsunfähig geschrieben. Sie erhielt noch Krankentaggeldzahlungen bis zum November 2007. Parallel hatte sie offenbar noch eine Anstellung für 2 h/d, an 5 Tagen pro Woche in einer Abwärtsanstellung, was sie ebenfalls im Jahr 2006 beendet habe. Derzeit ist sie 3x pro Woche nachmittags für 2 Stunden in der Tagesklinik. Auch sonst habe sie viele Arztbesuche und Termine. Die Explorandin hält sich für vollständig arbeitsunfähig. 6.2 Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in anderen Tätigkeiten Die Explorandin gibt subjektiv multiple Beschwerden an. Bei näherer Befragung, wo sie denn überall Schmerzen habe und diese am stärksten seien, gibt sie zuerst einzelne Körpergegenden an, zählt schlussendlich aber praktisch alles auf, sodass die Schmerzen eigentlich überall und überall am stärksten sind. Zudem habe sie Depressionen. Den subjektiv geklagten Beschwerden entsprechend im Vordergrund steht die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates. Bei der Explorandin kann bei den praktisch überall vorliegenden Beschwerden eine sehr geringe Befundlage festgestellt werden, im Vordergrund steht eine deutliche Dekonditionierung. Es kann aufgrund der diagnostischen Kriterien von einer therapieresistenten Fibromyalgie gesprochen werden, entsprechend einem multilokulären Schmerzsyndrom. An verschiedenen Orten sind reaktive Myogelosen, vor allem im Nackenschultergürtelbereich feststellbar. Wie der Beurteilung im rheumatologischen Teilgutachten zu entnehmen ist, sind körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten ungeeignet. Für

körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von Zwangshaltungen, mit Lastenheben bis zur Taille von maximal 10 kg, ohne längeres Zurücklegen von Gehstrecken oder Gehen auf unebenem Terrain besteht eine 80 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Ergänzend wurde die neurologische Untersuchung durchgeführt, welche keine spezifischen Befunde ergab, insbesondere liegt keine radikuläre Symptomatik vor. Es können chronische Spannungskopfschmerzen zur Kenntnis genommen werden. Aus neurologischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt. Aus allgemein-internistischer Sicht steht die Adipositas im Vordergrund, welche mittel- und langfristig relevant ist für den Gesundheitszustand, hinsichtlich Arbeitsfähigkeit diese jedoch nicht tangiert. Aus psychiatrischer Sicht kann bei der Explorandin die seit Jahren bestehende affektive Störung auch aktuell festgestellt werden. Es ist über die Zeit gemittelt von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Intermittierend kommt es zu schweren Auslenkungen, was dann auch jeweils zu kurzen Hospitalisationen führte. Neben der objektivierbaren depressiven Störung liegt darüber hinaus jedoch eine ausgeprägte Regression vor, die von der depressiven Störung zu trennen ist. Diese Regression erklärt, weshalb die Explorandin überhaupt nichts mehr tut, weder ausserhäuslich noch häuslich. Sie wird durch ihre Umgebung, insbesondere den Ehemann, wie ein kleines Kind von sämtlichen Tätigkeiten entlastet. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist aktuell und über die Zeit gemittelt im Erwerbsbereich auf 50 % eingeschränkt. Zusammenfassend resultiert aus interdisziplinärer Sicht, dass bei der Explorandin in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten von einer 50 %-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Die geringen Leistungseinbussen aus somatischer Sicht wirken sich nicht additiv aus, da aus psychiatrischer Sicht bereits ein grosser Pausenbedarf vorgegeben ist, der auch somatisch genutzt werden kann. Das Pensum könnte über 6-8 Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeiten, bei einem theoretischen Arbeitsplatz Pausen einzusetzen.

6.3 Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Aufgrund der anamnestischen Angaben, unserer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten ist unsere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sicher seit dem Gutachten im SAM vom September 2008 zu bestätigen.

6.4 Arbeitsfähigkeit im Haushalt und Stellungnahme zur gemischten Methode

Aufgrund der vorliegenden Akten scheint uns nicht ganz klar, zu wie viel Prozent erwerbstätig die Explorandin eingestuft werden soll. Letztlich muss die IV-Stelle dies vornehmen. Wir können die medizinisch-theoretischen Grundlagen dazu liefern. Aufgrund der objektivierbaren Befunde ist die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht im Haushalt gering eingeschränkt. Die Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht wirken sich in häuslicher Umgebung bei freier Zeiteinteilung deutlich weniger aus als im Erwerbsbereich. Zusammen ist von einer Einschränkung im Haushalt von 30 % auszugehen. Eine adaptierte Erwerbstätigkeit ist der Explorandin aus medizinisch-theoretischer Sicht neben dem Haushalt zumutbar.

6.5 Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person

Die Explorandin hält sich für vollständig arbeitsunfähig, was aufgrund der objektivierbaren Befunde weder somatisch noch psychiatrisch nachvollzogen werden kann. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht ist der Explorandin weiterhin die Willensanstrengung zumutbar, einer somatisch adaptierten Tätigkeiten zu 50 % nachzugehen. Wie bereits oben dargelegt, besteht bei der Explorandin eine ausserordentliche Regression und sie erfährt im häuslichen Bereich einen massiven sekundären Krankheitsgewinn. Die Einschätzung der medizinisch-theoretischen, 50 %-igen Arbeitsfähigkeit ist abzüglich dieser Regression, welche dafür verantwortlich ist, dass die

Explorandin praktisch gar nichts mehr tut. 6.6 Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen Die früheren ärztlichen Einschätzungen aus rheumatologischer Sicht wurden im Abschnitt 4.2.7 kommentiert, diejenigen aus neurologischer Sicht im Abschnitt 4.3.7, die aus psychiatrischer Sicht im Abschnitt 4.1.8 und aus internistischer Sicht im Abschnitt 3.7. 6.7 Medizinische Massnahmen Aus allgemein-internistischer Sicht und auch aus Sicht des Bewegungsapparates empfiehlt sich eine deutliche Gewichtsreduktion. Aus rheumatologischer Sicht wäre ferner theoretisch ein aktivierendes Trainingsprogramm durchzuführen. Aus psychiatrischer Sicht kann die ambulante Behandlung weitergeführt werden. Es ist davon auszugehen, dass der psychiatrische Anteil der Problematik bei der Explorandin grundsätzlich behandelbar ist, die Regression jedoch nicht. 6.8 Berufliche Massnahmen Bei der ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Explorandin können keine beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden. 6.9 Zusammenfassung Bei der Explorandin besteht in der angestammten, allgemein in leichten bis selten mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten eine 50 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Medizinische Massnahmen können der Verbesserung des Gesundheitszustandes zumindest aus medizinisch-theoretischer Sicht dienen. Berufliche Massnahmen können keine vorgeschlagen werden. (...) " (...)" (doc. AI 287/31-33) Con scritti 17 ottobre 2012 e 6 agosto 2013, entrambi indirizzati all'avv. _____, il dr. _____ ha formulato le proprie critiche alla perizia dell' _____ e si è confermato nella sua valutazione (doc. AI 292/9-12 e 325/7-8). L'Ufficio AI – considerate le risultanze mediche suenunciate e ritenute le annotazioni 17 ottobre 2012, 8 aprile e 12 settembre 2013 dei medici SMR dr. _____ e dr.ssa _____ (doc. AI 289/1, 310/1-2 e 330/1-3; annotazioni, le ultime due, che hanno considerato il rapporto di dimissione della _____ del 2 febbraio 2013 sub doc. AI 308/2-4 e lo scritto 16 agosto 2013 del dr. _____ indirizzato all'avv. _____ sub doc. AI 327/3-5) – con decisione 10 febbraio 2014 ha quindi riconosciuto il diritto alla rendita intera per il periodo dal 1. aprile al 30 settembre 2008 e un quarto di rendita dal 1. ottobre 2008 (doc. AI 345/1-3 e le motivazioni sub doc. AI 333/1-4). 2.8. 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). In caso di perizia medico giudiziaria, il giudice – di principio – non si scosta, senza ragioni imperative, dalle conclusioni del perito medico, il cui compito é proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (STF 8C_524/2008 del 2 aprile 2009 consid. 7.2 e 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 9, entrambe con riferimenti). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa, pag. 352 e sentenze ivi citate; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b/aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario –contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste – ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo

sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: "Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen"). 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 LPG (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 LPG - 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 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 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 (cfr. in questo senso anche la STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) 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 succitati 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). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non ha motivi imperativi per scostarsi dalle conclusioni dei periti dell' _____ i quali hanno rilevato che "(...) Es ist über die Zeit gemittelt von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Intermittierend kommt es zu schweren Auslenkungen, was dann auch jeweils zu kurzen Hospitalisationen führte. Neben der objektivierbaren depressiven Störung liegt darüber hinaus jedoch eine ausgeprägte Regression vor, die von der depressiven Störung zu trennen ist. Diese Regression erklärt, weshalb die Explorandin überhaupt nichts mehr tut, weder ausserhäuslich noch häuslich. Sie wird durch ihre Ehemann, wie ein kleines Kind von sämtlichen Tätigkeiten entlastet. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist aktuell und über die Zeit gemittelt im Erwerbsbereich auf 50% eingeschränkt. Zusammenfassend resultiert aus interdisziplinärer

Sicht, dass bei der Explorandin in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten von einer 50 %-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Die geringen Leistungseinbussen aus somatischer Sicht wirken sich nicht additiv aus, da aus psychiatrischer Sicht bereits ein grosser Pausenbedarf vorgegeben ist, der auch somatisch genutzt werden kann. Das Pensum konnte über 6-8 Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeiten, bei einem theoretischen Arbeitsplatz Pausen einzusetzen. [...]

Aufgrund der anamnestischen Angaben, unserer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten ist unsere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sicher seit dem Gutachten im SAM vom September 2008 zu bestätigen (...)" (doc. AI 287/32). Gli stessi periti dell' _____, al preciso quesito posto da questo Tribunale del seguente tenore: "(...) La signora RI 1 è stata già peritata in ambito SAM (anche) sul piano reumatologico e neurologico (perizie pluridisciplinari del SAM del 29 settembre 2008 [doc AI 73/1-21] e del 1. ottobre 2010 [doc. AI 201/1-57]). Tenuto conto delle valutazioni neurologiche 12 settembre 2008 del dr. _____ (doc. AI 73/28-20), 22 aprile 2010 del dr. _____ (doc. AI 205/64-67), e di quelle reumatologiche 25 agosto 2008 e 28 aprile 2010 del dr. _____ (doc. AI 73/31-37 e 205/58/63), sulla base di una valutazione globale da effettuarsi se del caso in collaborazione con i colleghi della _____ specialisti in reumatologia e neurologia dica il perito quale è stata l'evoluzione, dall'aprile 2008 a oggi, della capacità lavorativa complessiva della signora RI 1 quale casalinga, nella sua professione abituale e in un'attività adeguata? (...)" (cfr. doc. AI 287/36-37), hanno confermato che "(...) Seit dem April 2008 ist aus somatischer Sicht von einer relativ unveränderten Situation auszugehen, auch betreffend die Arbeitsfähigkeit. Auch in angepasster Tätigkeit ist bei rezidivierenden depressiven Störung über die Zeit gemittelt vor einer unveränderten Situation auszugehen. (...)" (doc. AI 287/37). Quanto alle critiche alla perizia dell' _____ formulate dal dr. _____ nello scritto del 17 ottobre 2012 indirizzato all'avv. _____ (cfr. doc. AI 292/9-12), questo Tribunale rileva quanto segue. Lo specialista ha contestato le diagnosi poste e – addotto che "(...) In queste frasi viene evocato il concetto di "regressione" che troverà spazio anche nelle conclusioni finali. Esso viene considerato "krankheitsfremd" e non correlato alla riconosciuta (ancorché in modo inadeguato, a parer mio) sindrome depressiva. A mio avviso, questa esclusione (che ha influenze sulle conclusioni peritali) deve essere chiaramente motivata. L'aspetto regressivo non è, a parer mio, indipendente dalla depressione ma ne è un sintomo o, semmai, una conseguenza e complicità. È vero che esso è condizionato anche dalla relazione paziente-marito, ma, perlomeno in un'ottica sistemica (che – preciso – non è la mia, anche se é indispensabile utilizzarla in questo ambito), rientra nella psicopatologia da valutare e, se proprio non la si vuole comprendere sotto la diagnosi di "depressione", andrebbe allora segnalata separatamente e codificata con i codici Z dell'ICD-10. Ma queste frasi contengono un altro punto dolente, vale a dire il riferimento alle "Eigenkräfte der Explorandin", che andrebbero rinforzate. La collega _____ dovrebbe però, per prima cosa, dimostrare che esse esistono e che non sono state cancellate (o perlomeno neutralizzate) dalla sindrome depressiva. Postulare "Eigenkräfte" di cui da anni e malgrado intensi sforzi terapeutici ambulanti e stazionari, non si è vista l'azione, è una sorta di "petito principi", che si ritrova più avanti, nelle conclusioni peritali, quando si parla di "zumutbare Willensanstrengung", un concetto ricorrente nella medicina assicurativa ma talmente vago e nebuloso da essere, sul piano pratico, utile soltanto se lo si accetta acriticamente. Altrimenti, davanti alla richiesta di definire il concetto di volontà (per non parlare di quello ancora più complesso di "zumutbare

Willensanstrengung”), l’intero discorso rischia di diventare una difficile e probabilmente inconcludente disputa filosofica. [...] È bene che si sia precisato che la valutazione della capacità lavorativa avviene da un punto di vista medico-teorico. Ma, purtroppo, l’assicurata non è un’entità teorica ma una realtà pratica, la cui incapacità lavorativa non è semplicemente una questione di opinione, ma qualcosa di alquanto più complesso e concreto. Da questo punto di vista (che credo di aver già espresso nella mia perizia e nel rapporto successivo) mi sembra molto contestabile l’espressione utilizzata nelle conclusioni peritali, in cui si cita una “ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Explorandin”, considerate come qualche cosa di separato dal suo vissuto depressivo. Mi chiedo come facciano i periti a sostenere questa loro tesi. Essa ci viene presentata come un’evidenza, ma, a mio avviso, non lo è per nulla. La “Krankheits- und Behinderungs-überzeugung” è sicuramente in relazione con gli aspetti regressivi e può esserlo anche con il (miserrimo!) “tornaconto secondario della malattia”, ma niente ci impedisce, soprattutto alla luce dei molti anni ormai trascorsi dall’inizio del disturbo, di considerarla così radicalmente intricata con esso da farne parte, sempre che non sia un’emanazione diretta (o un sintomo). (...)” (doc. AI 292/10-11) – ha così concluso: “(...) Alla luce di quanto detto sopra, si vede come qui venga presentato un “teorema” che si basa sul presupposto non dimostrato che la “ausserordentliche Regression” non sia espressione della malattia e che il “tornaconto” (ripeto: miserrimo, secondo me) sia in realtà “massiv”. Diventa a questo punto facile sostenere che, tolti questi due elementi (postulati ma non dimostrati), la capacità lavorativa, dal punto di vista medico-teorico, è del 50%; ma quale sarebbe se, invece, non si procedesse a questa (secondo me del tutto indebita) sottrazione? Faccio notare che in risposta al quesito 4) della parte ricorrente si insiste sull’idea che “die Regression, krankheits-fremd, führt zu einer tatsächlich schlechten Prognose zur Wiedereingliederung, ist jedoch nicht medizinisch begründ-bar”; un’affermazione che meriterebbe davvero di essere sostanziata con qualche argomento non “ex cathedra”. (...)” (doc. AI 292/12). Nella succitata STCA del 12 gennaio 2010 (cfr. consid. 1.2 e doc. AI 297/36; giudizio, questo, cresciuto incontestato in giudicato e dal quale non vi è motivo per scostarsi) questo Tribunale aveva già puntualizzato che: “ (...) Il TCA rileva innanzitutto che – come del resto evidenziato dallo stesso dr. _____ nel rapporto 17 ottobre 2012: “(...) Osservo dapprima che negli atti considerati sono menzionati la mia perizia del 24.07.2009, i miei rapporti del 28.07.2009, 7.03 e 24.05.2011 e il mio scritto del 26.08.2009. (...)” (XXXIV/bis) – i periti dell’PE 1 si sono espressi considerando tutte le prese di posizione del dr. _____. (...) Quanto alle valutazioni del dr. _____ che, nel rapporto 17 ottobre 2012 (XXXIV/bis), tra l’altro, ha eccepito che la regressione andrebbe correlata alla sindrome depressiva, che le “Eigenkräfte” sarebbero state cancellate (o perlomeno neutralizzate) dalla sindrome depressiva, che la “Krankheits- und Behinderungsüberzeugung” sarebbe così radicalmente intricata con il quadro depressivo da farne parte e che il mancato miglioramento/guarigione non sarebbe imputabile soltanto alla regressione e al miserrimo tornaconto secondario, questo Tribunale rileva che le medesime esprimono una diversa valutazione in quanto tale insufficiente per poter mettere in discussione le risultanze della perizia giudiziaria PE 1 (...)” (doc. AI 297/28 e 297/30) Va qui ancora evidenziato che per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr.

STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto di dimissione del 26 febbraio 2013 concernente la degenza dal 21 settembre 2012 al 30 gennaio 2013 (doc. AI 308/2-4), agli scritti del 6 agosto 2013 del dr. _____ (doc. AI 325/7-8) e del 16 agosto 2013 del dr. _____ (doc. AI 327/3-5) e all'ulteriore documentazione medica prodotta nella procedura ricorsuale. Al riguardo questo Tribunale rileva infatti quanto segue. I medici della Clinica _____, nel rapporto di dimissione del 26 febbraio 2013 concernente la degenza dal 21 settembre 2012 al 30 gennaio 2013 (doc. AI 308/2-4), non si sono confrontati con le conclusioni dei periti dell' _____ visto che non disponevano di tale reperto: "(...) Due mesi fa la paziente ha eseguito una perizia a _____ richiesta dal TAF [ndr. recte TCA] di cui attende l'esito. (...)'" (doc. AI 308/3). Dal succitato rapporto risulta inoltre che gli stessi medici – poste le diagnosi di "(...) •Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità (ICD-10 GM F33.1) • Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10 GM F45.40) • Problemi nella relazione con il coniuge (ICD-10 Z63.0) (...)'" (doc. AI 325/4) – quanto al motivo del ricovero hanno rilevato che "(...) I problemi relazionali in concomitanza con il recente suicidio di una giovane vicina di casa avrebbero riattivato i pensieri di morte. Giunge per un ricovero protettivo in cui avere un distacco dal coniuge e rivalutare la terapia. (...)'" (doc. AI 308/4). Nello scritto del 6 agosto 2013 (doc. AI 325/7-8) il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è confermato nella propria valutazione adducendo, in particolare, che "(...) sono sempre convinto della mia valutazione (diagnostica e prognostica – sempre che nel frattempo non siano sopraggiunti fatti a me ignoti) che non è stata confutata da nessuno, nemmeno dalla perizia " _____", a proposito della quale mi sono espresso nel mio scritto del 17.19.2012. (...)'" (doc. AI 325/7). Al riguardo, nella STCA del 12 gennaio 2010 (doc. AI 297/1-36), questo Tribunale aveva rilevato che "(...) Giova inoltre ricordare alla ricorrente che, contrariamente a quello che sembra essere l'assunto dello psichiatra da essa privatamente interpellato (cfr. osservazioni 17 ottobre 2012 del dr. _____, pag. 2, sub XXXIV), le valutazioni specialistiche rese da quest'ultimo non godono, dal profilo istruttorio, di alcuna presunzione di fedeltà e conclusione ai fini probatori, nel senso che non possono essere aprioristicamente considerate siccome decisive ai fini del giudizio sintanto che non venga provato il contrario. (...)'" (doc. AI 297/35). Nell'ulteriore scritto del 22 aprile 2014 il dr. _____ – ribadita la superficialità della perizia dell' _____ e confermate le proprie diagnosi – ha poi concluso che "(...) per quanto riguarda la capacità lavorativa della signora RI 1, la ritengo nulla (perlomeno lo era al momento della mia valutazione – cfr. perizia, pagine 33-34, ad 5.) Ho già motivato questa mia valutazione nella perizia e negli scritti successivi (28.07.2009, 26.08.2009, 7.03.2011, 24.05.2011, 3.10.2011 e 6.08.2013). (...)'" (doc. D). Il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nello scritto del 21 maggio 2014, si è confermato nel suo precedente scritto del 16 agosto 2013 osservando, in particolare, che "(...) come già attestato precedentemente, le conclusioni sopra formulate non corrispondono alle condizioni cliniche che la paziente manifesta ormai cronicamente da anni e soprattutto alle sue capacità funzionali residue. (...)'" (doc. E). Lo stesso specialista, nello scritto del 16 agosto 2013 (doc. AI 327/3-5), aveva addotto, tra l'altro, che "(...) Non concordo con la diagnosi posta dai colleghi periti di _____ perizia _____ settembre 2012) poiché almeno da allora, epoca in cui è avvenuto l'ultimo ricovero in ambito psichiatrico, durato ben quattro mesi, la diagnosi più correttamente ponibile pare essere quella di Episodio depressivo grave (ICD-10:F33.2) con Disturbo somatoforme

persistente (ICD-10:F45.4). [...] La tendenza clinica evidente è quella di un progressivo impoverimento e declino generale. Nei contenuti del pensiero albergano solo idee di rovina e colpa (per la propria condizione) che si esprimono in un'inca-pacità assoluta di provare piacere; infatti non è presente alcuna progettualità futura. Le idee di morte sono una costante, affatto semplice da gestire ambulatorialmente. Il ritiro sociale è marcato e interrotto solamente dagli appuntamenti con i sanitari. Nell'ultimo periodo si è registrato anche un calo ponderale marcato di quasi 10 kg. È profondamente rallentata, intorpidita sotto il profilo psico-fisico. Deambula costantemente in modo insicuro attraverso l'ausilio di un bastone e ha un'evidente impotenza funzionale all'arto superiore destro che porta appeso al collo, come se fosse un corpo estraneo. (...)” (doc. AI 327/4-5). Va qui rilevato che il dr. _____, prima della perizia dell'A _____ del 20 settembre 2012 basata sulle visite del 2 e 3 luglio 2012 (cfr. doc. AI 287/2-37), nel rapporto medico del 17 gennaio 2012 (doc. AI 276/2-5), aveva già evidenziato che “(...) Lo stato psicopatologico della paziente che conosco e seguo già da anni, quando la conobbi in Clinica _____ Cantonale, si mantiene inesorabilmente scompensato sul piano affettivo. Non ho avuto occasione di registrare che fugaci periodi (di pochi gg) in cui la paziente fosse apprezzabilmente migliorata. Il dolore coronario esercita un'azione condizionante e di disturbo battente. Il tono dell'umore è ormai stabilmente orientato al polo negativo con periodi in cui la situazione peggiora ulteriormente fino al manifestarsi di un nuovo episodio depressivo conclamato come l'ultimo scorso. Il quadro clinico si è caratterizzato per un ulteriore peggioramento con perdita d'interesse e piacere per le piccole cose che ritiene le siano rimaste. Si è accompagnata l'emergenza di idee suicidali con progettualità dubbia. Con il ricovero la situazione sarebbe leggermente migliorata se non altro per il riassorbimento delle idee di morte sebbene presenti un umore costantemente depresso. La situazione peggiora quando la pressione dei dolori cronici aumenta. La funzionalità del corpo appare ormai limitata. Si muove con grande difficoltà e lentezza a dimostrare un'età biologica più vicina al doppio della propria età cronologica. Il braccio destro è percepito e percepibile come un corpo estraneo tenuto addosso al tronco a scopo antalgico. Le crisi di pianto sono frequenti a testimonianza di una particolare labilità emotiva. Non vi è progettualità futura. Vi sono preoccupazione per la salute e le condizioni economiche della famiglia. (...)” (doc. AI 276/2-3). Il dr. _____, FMH in medicina interna, nello scritto 4 marzo 2014, circa la perizia dell' _____, ha osservato: “(...) concordo con le diagnosi poste, non concordo invece con la limitazione dell'attività lavorativa al 50%. (...)” concludendo che “(...) reputa la signora RI 1 in qualità di cameriera d'albergo inabile al lavoro al 100% da quando è in mia cura, e cioè dal maggio 2011. Dagli atti a disposizione ritengo però che l'inabilità lavorativa possa essere fatta iniziare il 1.6.2007 e persistere inalterata al 100% fino ad ora. (...)” (doc. C/1). Al riguardo il dr. _____, oltretutto non specialista in materia, non si è confrontato debitamente con la perizia dell' _____ e ha attestato un'inabilità lavorativa totale e costante precedente alla perizia giudiziaria. Anche i medici SMR dr. _____ e dr.ssa _____, avuto riguardo al rapporto di dimissione della Clinica _____ del 26 febbraio 2013 (doc. AI 308/2-4), nelle annotazioni 8 aprile e 12 settembre 2012 (doc. AI 310/1-2 e 330/1-3) hanno concluso che “(...) dall'attuale documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute. La diagnosi è rimasta invariata rispetto alla valutazione peritale. La degenza presso la _____ era primariamente dettata dalla necessità di un distacco dal coniuge. Quindi nessuna modifica dello stato di salute, assenza degli estremi per giustificare la dipendenza regolare da terzi. (...)” (doc. AI 310/2) e che “(...) il ricovero è stato motivato da un quadro

depressivo medio-grave (alla dimissione confermato un quadro di depressione media) sulla base di dolori mialgici e articolari invalidanti, paura di gesto anticonservativo, ancora presente conflittualità con il coniuge. Dalla lettera di dimissione della Clinica _____ a mio giudizio è chiaro che alla base del ricovero vi siano motivazioni sociali (conflittualità con il coniuge, problemi relazionali in concomitanza con il recente suicidio di una giovane vicina di casa che hanno riattivato pensieri di morte). La motivazione del ricovero è "... Giunge per un ricovero protettivo in cui avere un distacco dal coniuge e rivalutare la terapia". Si legge anche "... si è trattato di un lungo ricovero in cui ci siamo confrontati con una donna deflessa, esasperata dalla conflittualità con il marito da cui però dipende completamente... L'impossibilità di lavorare secondariamente comporta delle difficoltà economiche accentuate dal mancato riconoscimento del proprio stato di salute da parte degli organi competenti... Le difficoltà economiche sono motivo di discussione con il coniuge che accentua i sentimenti di inutilità della donna..." viene descritto un decorso caratterizzato da un miglioramento del tono dell'umore, dimessa in parziale compenso psichico. È da rilevare che indicano che le dinamiche familiari meritano sostegno ambulatoriale. (...)" (doc. AI 330/2). Quanto allo scritto 6 agosto 2013 del dr. _____ (doc. AI 325/7-8) gli stessi medici SMR, nell'annotazione del 12 settembre 2013, hanno rilevato: "(...) conferma la propria valutazione. Chiede in che lingua la perizia _____ è stata effettuata e ritiene che la sua valutazione non sia stata confutata da nessuno, nemmeno dalla perizia _____ sulla quale si è espresso nel suo scritto del 17.10.2012. Sulla questione grandi invalidi può ammettere che forse le condizioni non sono completamente soddisfatte. (...)" (doc. AI 330/2). Sempre nelle annotazioni 12 settembre 2013 i suddetti medici SMR, in merito allo scritto 16 agosto 2013 del dr. _____ (doc. AI 327/3-5), hanno infine concluso che "(...) i limiti definiti dal Dr. _____ erano già presenti nelle valutazioni peritali agli atti e così anche nella descrizione della giornata vi era un aiuto del coniuge ad es. nella cura di sé. Si nota che durante il lungo ricovero a _____ non viene segnalata nessuna necessità di aiuto. Nella sentenza TCA [ndr. si riferisce alla STCA del 10 dicembre 2012 sub doc. AI 297/1-36] viene rilevato [che] gli scritti del Dr. _____ sono stati considerati e che i periti dell' _____ si sono espressi considerando tutte le posizioni del Dr. _____. Per quanto riguarda l'aspetto somatico non viene riportata nuova documentazione, esso era già stato valutato in corso di perizia _____, perizia eseguita con l'ausilio di un interprete. In conclusione si conferma un quadro clinico invariato e l'assenza degli estremi per l'assegnazione di un assegno grandi invalidi. (...)" (doc. AI 330/2-3). Dalle suesposte risultanze mediche risulta che i citati sanitari, confermandosi nelle rispettive precedenti conclusioni, si sono confermati nelle loro valutazioni senza tuttavia attestare un peggioramento dello stato di salute e/o addurre validi motivi atti ad indurre questo Tribunale a scostarsi dalla perizia giudiziaria dell' _____ a cui, lo si ribadisce, va riconosciuta forza probatoria piena. In questo senso l'assunzione delle ulteriori prove indicate dalla ricorrente va disattesa. In particolare, la domanda di allestimento di una nuova perizia giudiziaria – pur volendo prescindere dal fatto che il TF nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 ha rilevato che "(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi -

anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)” (STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 consid. 2.2) – va respinta. Quanto all’edizione delle cartelle mediche la stessa non appare necessaria ai fini del giudizio e l’audizione dei menzionati dottori non porterebbe a diverse valutazioni rispetto a quelle figuranti nei rispettivi atti medici in buona parte già considerati dai periti dell’_____. In particolare, per quanto riguarda la chiesta audizione del dr. _____ (cfr. consid. 1.6.), va qui ribadito che detto sanitario ha potuto esprimersi esaurientemente e in particolare nelle menzionate valutazioni di cui agli scritti indirizzati all’avv. _____ del 17 gennaio 2012, del 16 agosto 2013 e del 21 maggio 2014 (doc. AI 276/2-5 e 327/3-5 e doc. E). Giova qui ricordare 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 non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kōlz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a 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. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.10. In merito alla valutazione economica va osservato quanto segue. Questo Tribunale rileva innanzitutto che – a prescindere dal fatto che, nella succitata STCA del 13 ottobre 2009 (cfr. consid. 1.1 e doc. AI 141/1-28; giudizio, questo, cresciuto incontestato in giudicato e dal quale non vi è motivo per scostarsi) questo Tribunale aveva già concluso che “(...) per il calcolo del reddito da valido è possibile considerare solo il salario conseguito per l’attività a tempo pieno di cameriera ai piani e che, conformemente alla giurisprudenza federale (STF 8C_652/2008 dell’8 maggio 2009 non ancora pubblicata e STF 8C_44/2008 del 3 giugno 2009, consid. 3.3), nel caso concreto non va applicato alcun gap salariale. (...)” (doc. AI 141/26) –, nel 2008 (anno rilevante visto che è nel corso dello stesso che la rendita intera è stata ridotta ad un quarto), il reddito da valido dell’assicurata quale cameriera ai piani sarebbe stato di fr. 45'131.21 (fr. 3'350.-- x 13 mensilità come da contratto di lavoro sub doc. AI 11/2, aggiornati al 2008 aumentandoli del 1.4% per il 2007 e del 2.2% per il 2008; cfr. la tabella B10.2, ramo 55-56, servizi di alloggio e ristorazione, pubblicata in *La Vie économique* 6-2012 pag. 95). Questo salario è inferiore nella misura dell’1.79% rispetto alla media dei salari svizzeri per un’attività equivalente pari a fr. 45'952.20 (fr. 3'647.-- [cfr. tabella TA1, donne settore 4, ramo economico 55 alberghi e ristoranti], riportati su 42 ore [cfr. la tabella B9.2, settore I alloggio e ristorazione, pubblicata in *La Vie économique* 6-2012 pag. 94] e moltiplicati per 12) e non giustifica pertanto l’applicazione di alcun gap salariale. Va infatti ricordato che quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Utilizzando i dati forniti dalla succitata

tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2008 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido di fr. 51'367.68 (fr. 4'116.-- riportati aumentati su 41.6 ore [cfr. la tabella B9.2, pubblicata in La Vie économique 6-2012 pag. 94] e moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). L'Ufficio AI – quanto alla questione a sapere se, e se del caso in quale misura, al salario teorico statistico vada applicata una riduzione – ha interpellato il consulente in integrazione professionale che nel rapporto finale del 17 marzo 2011 ha concluso: " (...) Situazione: Rapporto CIP del 11.09.2007 basato sul rapporto SMR del 13.06.2007 viene calcolato un grado di invalidità del 22%, dove la CL in attività adeguate era del 100% e le limitazioni funzionali erano di tipo organico: - non può sollevare pesi e lavorare con il braccio destro elevato oltre l'orizzontale. Quindi le riduzioni sul reddito da invalido del 10% (5% per attività leggera e 5% per età) effettuate dal CIP in quel momento erano giustificate. Mentre che nel rapporto CIP del 28.02.2008 basato sul rapporto SMR del 29.01.2008 si evince un grado di invalidità del 42% a seguito di limitazioni funzionali di origine psicologica con la seguente diagnosi: - sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità La CL veniva valutata del 50%. Con queste limitazioni funzionali derivanti da fattori psicologici, le riduzioni sul reddito da invalido indicate nel rapporto del 11.09.2007 non hanno luogo di essere considerate, visto che sono già considerate nella riduzione globale della CL residua del 50%. Si reputano corrette entrambe le valutazioni del 2007 e 2008 della mia collega. (...) " (doc. AI 234/1) Questo Tribunale – ricordato che, 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 137 V 73 consid. 5.2; 126 V 80 consid. 5b/cc) – non ha motivo per scostarsi dalla valutazione del consulente in integrazione professionale che (dal momento in cui è subentrato un grado d'invalidità di origine psichiatrica) ha concluso: "(...) Con queste limitazioni funzionali derivanti da fattori psicologici, le riduzioni sul reddito da invalido indicate nel rapporto del 11.09.2007 non hanno luogo di essere considerate, visto che sono già considerate nella riduzione globale della CL residua del 50%. (...) " (doc. AI 234/1). Ritenuta una capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata il reddito ipotetico da invalido ammonta quindi a fr. 25'683.84 (fr. 51'367.68 x 50% = fr. 25'683.84). Ritenuti un reddito da valido di fr. 45'131.21 e da invalido di fr. 25'683.84, si ottiene un grado d'invalidità del 43% $([45'131.21 - 25'683.84] \times 100 : 45'131.21 = 43.09\%$ arrotondato al 43% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). Anche se, per pura ipotesi di lavoro, si volesse applicare la riduzione del 10%, riconosciuta dal consulente in integrazione professionale nel primo rapporto finale dell'11 settembre 2007 (cfr. doc. AI 21/1-2), non si raggiungerebbe un grado d'invalidità tale da riconoscere una rendita superiore al quarto. Infatti, in questa evenienza il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 23'115.45 (51'367.68 x 50% ridotti del 10% = fr. 23'115.45) e il grado d'invalidità sarebbe del 49% $([45'131.21 - 23'115.45] \times 100 : 45'131.21 = 48.78\%$ arrotondato al 49% secondo la succitata giurisprudenza). In ogni caso non può essere riconosciuta la riduzione del 20% così come preteso dall'insorgente al punto 8 del ricorso. In effetti, secondo la giurisprudenza, una donna parzialmente abile al lavoro non riceve un salario proporzionalmente inferiore rispetto ad una abile al 100%. L'Alta Corte, nella STF 9C_160/2014 del 30 giugno 2014, ha confermato che "(...) le critère du taux partiel d'activité ne constitue pas un élément pertinent dans le cas d'espèce: dans à peu près tous les cas de figure distingués en fonction

du degré d'occupation et du niveau de qualifications, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent souvent pas, d'après les statistiques, un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps (cf. arrêt 8C_379/201 du 26 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 IV n° 17 p. 78 et résumé dans RSAS 2012 p. 71). (...)” (STF 9C_160/2014 del 30 giugno 2014 consid. 5.3). Riguardo all’età (al momento della perizia del SAM del 29 settembre 2008, perizia confermata nella perizia giudiziaria del 20 settembre 2012 dell’ _____ e sulla base della quale è stata stabilita la riduzione della rendita con effetto dall’ottobre del 2008, l’assicurata aveva 48 anni) , sempre nella succitata sentenza, il TF ha evidenziato che “(...) En ce qui concerne ensuite le critère de l'âge retenu par l'autorité cantonale de recours pour motiver la déduction sur le revenu d'invalidé, l'âge de 46 ans - en 2010 - ne peut pas être considéré comme un facteur qui obligerait l'intimée à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînait un désavantage salarial. Comme le reconnaît la juridiction cantonale, l'âge de 46 ans ne correspond de loin pas à celui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, de sorte qu'on ne saurait parler d'un âge avancé déterminant. La simple affirmation que l'âge de 46 ans constitue un facteur pénalisant pour une assurée cherchant une activité manuelle pour la première fois à cet âge-là ne suffit pas à démontrer qu'il entraîne une baisse de salaire dans la catégorie d'activités visées. (...)” (STF 9C_160/2014 del 30 giugno 2014 consid. 5.2). Quanto alla scarsa scolarizzazione, all’assenza di una formazione professionale e alle difficoltà linguistiche, il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un’attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (vedi, tra le altre, la STCA 32.2013.133 del 1. aprile 2014 consid. 2.8 e la 32.2013.117 del 4 febbraio 2014 consid. 2.9 e riferimenti). Infine, va rilevato che nemmeno sono dati i presupposti (55 anni compiuti o assicurato al beneficio di una rendita da 15 anni almeno) per ammettere la necessità di misure d’ordine professionale prima di ridurre la rendita. Il TF, nella STF 9C_920/2013 del 20 maggio 2014, ha confermato che “(...) La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). (...)” (STF 9C_920/2013 del 20 maggio 2014 consid. 4.4). 2.11. Non è contestato il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2007 al 30 settembre 2008. L’insorgente postula infatti il riconoscimento del diritto alla rendita intera anche dopo il 30 settembre 2008 (cfr. consid. 1.4). Vista l’annotazione del 17 ottobre 2012 nella quale il dr. _____, ritenuta la perizia giudiziaria dell’ _____ del 20 settembre 2012, ha esposto la seguente valutazione della capacità lavorativa: " (...) Evoluzione della CL sulla base delle perizie e dell’assicurazione _____: inizio IL lunga durata 22.6.2006 100% dal 22.6.2006 50%

dal 25.7.2006 100% dal 1.8.2006 50% dal 23.8.2006 100% dal 1.9.2006 50% dal 1.2007 100% dal 7.1.2008 al 6.5.2008 per ricovero 50% dal 7.5.2005 100% dal 1.6.2008 al 28.6.2008 per ricovero ospedaliero 50% dal 29.6.2008 (...)" (doc. AI 289/1) questo Tribunale deve concludere che dal 29 giugno 2008 vi è stato un miglioramento della salute, ritenuto che da allora la capacità lavorativa, fino ad allora (fatte salve brevi interruzioni) nulla è aumentata al 50%. Va al riguardo ricordato che secondo i periti dell' _____

“(...) Aufgrund der anamnestischen Angaben, unserer Untersuchungs Befunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten ist unsere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sicher seit dem Gutachten im SAM vom September 2008 zu bestätigen. (...)” (doc. AI 287/32) e che “(...) Seit dem April 2008 ist aus somatischer Sicht von einer relativ unveränderten Situation auszugehen, auch betreffend die Arbeitsfähigkeit. Auch in angepasster Tätigkeit ist bei rezidivierenden depressiven Störung über die Zeit gemittelt vor einer unveränderten Situation auszugehen. (...)” (doc. AI 287/37). Di conseguenza, viste le suesposte risultanze economiche (cfr. consid. 2.10), è a giusto titolo che l'Ufficio AI ha ridotto la rendita intera ad un quarto con effetto dal 1. ottobre 2008 (3 mesi dopo l'attestata capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata dal 29 giugno 2008; cfr. art. 88a cpv. 1 OAI). Questo Tribunale rileva inoltre che in seguito vi sono state le seguenti degenze ospedaliere: dal 23 luglio al 20 agosto 2009 (cfr. doc. AI 180/5-6); dal 24 ottobre 2009 al 29 gennaio 2010 (cfr. doc. AI 180/7-8); dal 26 febbraio al 16 aprile 2010 (cfr. doc. AI 195/2); dal 3 ottobre al 19 novembre 2011 (cfr. doc. AI 278/1-3) e dal 21 settembre 2012 al 30 gennaio 2013 (cfr. doc. AI 308/2-4). Durante i periodi di ricovero – come del resto già indicato nella perizia del SAM del 1. ottobre 2010: “(...) Vanno riconosciuti periodi d'incapacità lavorativa totale durante i periodi di degenza ospedaliera, in particolare dal 26.8 al 12.10.2007 (prima ammissione Clinica _____), 14.4 al 21.4.2008 (degenza nel reparto di medicina interna dell'Ospedale _____), dal 7.1 al 6.5.2008 (degenza presso la Clinica _____), dal 6 all'8.5.2008 (degenza per motivi ginecologici), dall'1 al 28.6.2008 (degenza per riabilitazione alla clinica _____), dal 23.7 al 20.8.2009 (degenza presso la Clinica _____), dal 24.10.2009 al 29.1.2010 (degenza presso la Clinica _____), dal 26.2 al 16.4.2010 (degenza presso la _____). (...)” (doc. AI 205/54) – va riconosciuta un'incapacità al lavoro totale. Se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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 alorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Ritenuta la durata di alcuni dei succitati periodi di degenza ospedaliera e in applicazione dell'art. 88a OAI, si deve concludere quanto segue: • dal

E. 24

ottobre 2009 va riconosciuto un temporaneo peggioramento dello stato di salute (con conseguente inabilità lavorativa totale) fino al 16 aprile 2010 (la breve interruzione tra il ricovero terminato il 29 gennaio 2010 e quello iniziato il 26 febbraio non basta per concludere per un miglioramento tra gli stessi); • dal 21 settembre 2012 al 30 gennaio 2013

va riconosciuto un altro temporaneo peggioramento dello stato di salute. Di conseguenza, conformemente all'art. 88a OAI, va riconosciuto il diritto ad una rendita intera per i periodi dal 1. febbraio al 31 luglio 2010 e dal 1. gennaio al 30 aprile 2013 (cfr., per analogia, la STF 8C_834/2008 del 5 giugno 2009 nella quale l'Alta Corte, chiamata a pronunciarsi in un caso in cui l'assicurata al beneficio di una mezza rendita dal 1. gennaio 2003 aveva chiesto una revisione, vista l'inabilità lavorativa totale a seguito di un infortunio avvenuto il 28 ottobre 2005 fino a fine luglio 2006, ha accolto parzialmente il ricorso riconoscendo il diritto ad una rendita intera dal 1. febbraio al 31 ottobre 2006). 2.12. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va parzialmente accolto e la decisione impugnata modificata nel senso che l'assicurata ha diritto al versamento di una rendita intera per i periodi dal 1. febbraio al 31 luglio 2010 e dal 1. gennaio al 30 aprile 2013. Per i periodi dal 1. ottobre 2008 al 31 gennaio 2010, dal 1. agosto 2010 al 31 dicembre 2012 e dal 1. maggio 2013 il ricorso va respinto. 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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. Visto l'esito della vertenza si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- in misura di fr. 100.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 400.-- a carico della ricorrente. L'Ufficio AI rifonderà inoltre alla ricorrente fr. 500.-- a titolo di ripetibili parziali.

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