

## **TI\_GERICHTE 32.2014.6 vom 26. November 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-11-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.6)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.6 du 26 novembre 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.6 del 26 novembre 2013

### **Regeste**

Riduzione della rendita (da intera a un quarto) in via di revisione. Non provato il miglioramento dello stato di salute. Il diritto alla rendita intera va confermato. Assistenza giudiziaria

### **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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 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

#### **E. 4.1**

e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. 2.5. Nel caso in esame, con decisioni del 17 maggio 2000 l'assicurata è stata posta al beneficio di una rendita intera dal 1. settembre 1998 essendo stato riconosciuto un grado d'invalidità dell'80% (cfr. consid. 1.1). L'Ufficio AI aveva fondato il proprio provvedimento sulla base della perizia pluridisciplinare del 20 maggio 1999 del SAM (doc. AI 16/1-11) nella quale i periti – poste le seguenti diagnosi principali e secondarie: "(...) grave sindrome somatoforme da dolore persistente e diffuso in paziente con depressione nervosa reattiva latente, nel quadro di un disturbo di personalità passivo – aggressivo ed anacastico. Fibromialgia. Sindrome lombovertebrale cronica su leggera instabilità lombare a livello L4-L5 su spondilosi bilat. e presenza di una rachischisi. [...] Metatarsalgia su morbo di Köhler raggio 2 ed iniziale alluce valgo su avampiede trasverso a ds.. Cefalee muscolo tensive croniche (...)” (doc. AI 16/8) e espressa la seguente valutazione "(...) Patologia psichiatrica L'esplorazione psichiatrica effettuata presso il SAM ci permette da un lato di confermare quanto già espresso agli atti (vedasi atto del 16.06.1998) dall'altro di meglio descrivere la struttura psichica di questa A., che presenta un disturbo di personalità passivo – aggressivo ed anacastico. E' appunto sulla base di questa struttura che si è sviluppata la grave sindrome somatoforme da dolore persistente e la depressione reattiva, attualmente però latente. Il nostro consulente psichiatra ritiene che una presa a carico psichiatrica e psicoterapica regolare ed intensa sia indicata e possa portare ad un importante miglioramento sia della qualità di vita che della capacità lavorativa dell'A. Durante il soggiorno presso il SAM abbiamo lungamente discusso questa indicazione con l'A. che ci è apparsa ben disposta ed inoltre incline a riconoscere (premessa importante) una componente psicopatologica ai disturbi lamentati. Attualmente pertanto l'A. è da valutare come totalmente inabile al lavoro nell'attività svolta, con tuttavia prognosi valetudinaria favorevole nel quadro di una presa a carico specialistica, per cui il caso dovrà essere rivalutato tra ca. un anno. Patologia reumatologica Pure in questo ambito possiamo confermare quanto descritto agli atti. Il nostro consulente reumatologico evidenzia due problematiche: da una parte la sindrome polialgica diffusa, nel quadro di una fibromialgia, con associazione di disturbi neurovegetativi molto importante e dall'altra una sindrome algica localizzata in una sindrome lombo vertebrale su turbe statiche della colonna. La combinazione di queste due problematiche portano ad un giudizio della capacità lavorativa

– reumatologica – all’incirca del 60% per quanto riguarda la funzione di donna ai piani o donna di pulizia o donna tutto fare. Per quanto riguarda invece l’ultima attività svolta dall’A. (ragazza buffet) la capacità lavorativa è superiore e quantificabile al 70% ca. In attività professionali essenzialmente di carattere leggero ed ergonomicamente adatte, dal punto di vista reumatologico, la capacità lavorativa potrà raggiungere una misura ancora maggiore. Attualmente possiamo pertanto valutare la capacità lavorativa medico – teorica globale dell’A. nella misura dello 0%, specialmente in considerazione degli aspetti psichiatrici sopra descritti. Sempre sulla base di quanto descritto sopra sarà utile rivalutare l’aspetto psichico tra ca. un anno, onde poter confermare la prognosi valetudinaria che rimane favorevole, nel quadro di un trattamento specialistico regolare ed intenso. (...)” (doc. AI 16/9-10) – , alle domande circa il grado di capacità di lavoro nell’attività abituale e la possibilità di migliorare la capacità lavorativa, avevano risposto: " (...) Dagli atti in nostro possesso sappiamo che l’A. ha potuto lavorare al 100% in qualità di ragazza buffet presso un albergo sino al 3.09.1997. A partire da questa data è da considerare totalmente inabile al lavoro per i motivi descritti nel capitolo discussione. Da allora la capacità di lavoro non ha presentato sviluppi favorevoli; va sottolineato il fatto che finora l’A. non è stata messa a beneficio di un trattamento psichiatrico specialistico regolare ed intensivo. Riteniamo che, con l’aiuto di un trattamento specialistico coordinato (medico curante, reumatologo, psichiatra), ci si possa attendere in futuro un miglioramento dello stato di salute psichica dell’A. e di riflesso un miglioramento progressivo della capacità lavorativa. [...] Riteniamo che tramite provvedimenti sanitari si possa ottenere un miglioramento della capacità lavorativa. Il trattamento possibile è un approccio di tipo biopsicosociale, dove l’intervento specialistico psichiatrico è sicuramente indicato e dovrà comportare una presa a carico regolare ed intensa ed inoltre coordinata con i medici curanti già implicati. La durata probabile di questo trattamento è attualmente difficilmente valutabile, ma si dovrà estendere almeno sull’arco di uno - due anni. La capacità di lavoro prevista in seguito potrà essere inizialmente del 50%, per poi raggiungere almeno il 70 se non l’80%. L’A. è stata informata di questa nostra proposta e si è dimostrata ben disposta nei riguardi di una presa a carico specialistica psichiatrica. Provvedimenti d’ordine professionale risultano attualmente prematuri, bisognerà dapprima ridurre la sindrome algica presente. Riteniamo tuttavia che l’A. possa inserirsi nell’ambito alberghiero da lei conosciuto e dove ha potuto anche essere gratificata. (...)” (doc. AI 16/10-11). Come suesposto, nell’ambito delle revisioni intraprese nel giugno 2000 e nell’aprile 2002 l’Ufficio AI, con comunicazioni del 10 aprile 2001 e del 24 aprile 2003, ha confermato il diritto alla rendita intera (consid. 1.2). In quelle occasioni l’amministrazione si era fondata sulle proposte del 13 marzo 2001 e del 22 aprile 2003 (doc. AI 31/1 e 49/1) nelle quali il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ aveva rilevato che: " (...) Vi è una problematica reumatologica grave con s. dolore cronico diffuso che è sicuramente invalidizzante ed una componente psichiatrica altrettanto invalidizzante che sono state valutate al SAM nella perizia del 5.1999 ed hanno portato ad una rendita AI del 80% con attuale revisione. Si parlava allora di possibili miglioramenti con presa a carico psichiatrica (Dr. \_\_\_\_\_) che purtroppo è stata fatta dal centro SPS di \_\_\_\_\_ solo dalla fine 2000 e che pertanto non si può avere un decorso o una loro presa di posizione per CL. Cosa fare? Da \_\_\_\_\_ 3.2000 abbiamo una valutazione di IL 100% per mansioni medio-leggere dal punto di vista reumatologico che viene confermato dal Dr. \_\_\_\_\_ nel Certificato medico del 7.2000 con però possibilità di migliorare la CL in attività adatte. Ma se non migliora con trattamento psi. la situazione generale vi è la grave problematica reumatologica presente per cui penso che per il momento va confermata dopo tutto questo

lasso di tempo la R1/1 e revisionata fra 1 anno dopo una presa a carico del SPS con trattamento specifico. (...) " (doc. AI 31/1) " (...) R 80% dal 9.1998. Nulla di nuovo con quadro stazionario da parte del medico curante reumatologo dr. \_\_\_\_\_ di Locarno. Purtroppo non vi è stata neppure una presa a carico psichiatrica che forse potrebbe aiutare l'Ata nell'elaborazione della patologia del dolore cronico. Però anche se vi fosse stata personalmente penso che non vi sarebbe un miglioramento sostanziale dell'esigibilità lavorativa tale da poter rivalutare l'attuale rendita. Per cui non reputo necessaria una rivalutazione peritale specialmente di tipo psichiatrico e reputo giustificato procedere con una IL come al SAM del 5.1999. La prognosi appare sfavorevole a medio lungo termine per la sua cronicizzazione e le ulteriori patologie somatiche. (...) " (doc. AI 49/1) Nell'ambito della revisione intrapresa nell'aprile 2006 l'Ufficio AI ha ordinato al SAM una nuova perizia pluridisciplinare (cfr. consid. 1.3). Dalla perizia pluridisciplinare del 30 aprile 2007 (doc. AI 70/1-16) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) e reumatologica (dr. \_\_\_\_\_). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento (e meglio durante i giorni 23, 28 marzo 2007 nonché il 3 aprile 2007), i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Fibromialgia. Sindrome lombo vertebrale cronica con leggera instabilità lombare a livello L4-L5 su: ■ spondilolisi bilaterale e presenza di una rachischisi a livello L5. Sindrome somatoforme da dolore persistente. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione. Metatarsalgia sul morbo di Köhler raggio II ed iniziale alluce valgo su avampiede traverso a destra. Cefalee muscolo tensive croniche (...) " (doc. AI 70/11) Considerati tutti gli atti medici raccolti e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'A. nell'attività da ultimo svolta di ragazza buffet, è valutabile nella misura del 70% (rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa). In qualità di casalinga la capacità lavorativa dell'A. è valutabile nella misura dell'80% (...) " (doc. AI 70/14), il SAM ha concluso: " (...) 8

#### CONSEGUENZE

**SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** Come già discusso sopra possiamo confermare un miglioramento dello stato valetudinario dell'A. per rapporto alla prima valutazione SAM del 1999. Sul piano psicologico e mentale vi è stato un progressivo miglioramento del quadro depressivo e somatoforme. Attualmente appare ancora una lieve depressione del tono dell'umore con una quota d'ansia e d'angoscia che sono di lieve entità e che costituiscono gli unici elementi fenomenologici che possono giustificare un'incapacità lavorativa che valutiamo nella misura del 20%, giustificata dall'influsso di questi elementi sulla resistenza, sull'efficacia e sulla continuità lavorativa. Sul piano muscoloscheletrico possiamo oggettivare pure un miglioramento con la regressione del numero dei punti dolorosi e pure della dolorabilità di questi ultimi ed inoltre la persistenza di una motilità della colonna vertebrale buona a tutti i segmenti. In una valutazione d'insieme riteniamo pertanto che l'attività da ultimo effettuata dall'A. quale ragazza di buffet è attualmente ancora praticabile nella misura del 70%. Precisiamo che le limitazioni funzionali, dal lato psicologico e mentale e muscoloscheletrico, si manifestano entrambi per lo più sul rendimento e non sono pertanto cumulabili, bensì da integrare. In assenza di dati precisi agli atti a nostra disposizione possiamo unicamente affermare che il miglioramento dello stato valetudinario e quindi delle limitazioni della capacità di lavoro dell'A., vanno considerati a partire

dall'attuale perizia. 9. **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** Non riteniamo possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale in quanto non potranno migliorare sensibilmente l'attuale giudizio valetudinario. In attività meglio adatte (in cui non si debba alzare dei pesi superiori ai 5-7,5 kg regolarmente, si possa alternare la posizione seduta a quella eretta ed alla deambulazione, non si debbano svolgere movimenti ripetitivi di flessione del tronco e di rotazione dello stesso, non si debba mantenere per più di 30 min. la posizione statica con la parte superiore del corpo leggermente piegata in avanti) l'A. raggiunge una capacità lavorativa almeno nella misura dell'80%. 10.

**OSSERVAZIONI e RISPOSTE A DOMANDE PARTICOLARI** Alle domande poste dal SMR AI così possiamo rispondere: 1. Ritiene che un trattamento psichiatrico sia necessario o meno ed ai fini assicurativi sia esigibile o meno per poter sul lungo periodo portare a miglioramento della sintomatica psichica e quindi dell'esigibilità lavorativa? Come già esposto sopra possiamo constatare un miglioramento della sintomatologia psichica raggiunto non tanto da un trattamento specialistico regolare, bensì dalla nascita dell'ultima figlia la quale ha dato all'A. nuova motivazione che le ha permesso di attivarsi nella cura e nell'educazione della stessa. In questo modo l'A. stessa afferma d'essere diventata più combattiva e meno passiva rispetto ai tempi precedenti. Secondo il parere del nostro consulente in psichiatria un trattamento psichiatrico potrebbe essere indicato nell'ambito di un sostegno psicoterapico, mirato ad appoggiare l'A. nell'attuale situazione che sta affrontando con la figlia al fine di prevenire un'eventuale ricaduta della sua sindrome depressiva. 2. Quali sono le limitazioni globali in attività leggere ed adeguate dal lato reumatologico? Vedasi capitolo 9. Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo il compito al servizio medico regionale, rispettivamente all'AI, la decisione di eventualmente inviare copia della nostra perizia ai curanti. (...) (doc. AI 70/14-16) Come suesposto (cfr. consid. 1.3), con comunicazione 12 maggio 2009 – visti il rapporto 28 novembre 2008 nel quale il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, medico capo servizio e medico assistente del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, hanno attestato che "(...) la signora è stata seguita presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ dal 5 febbraio 2008 al 31 luglio 2008 per una condizione ansioso-depressiva conseguente ad un evento stressante acuto, che ha interessato un componente della sua famiglia. La signora RI 1, in seguito a tale situazione, ha manifestato un quadro clinico di rilevante entità, caratterizzato da ipervigilanza, insonnia e deflessione del tono dell'umore. Il quadro descritto si è mantenuto per tutto il periodo della presa a carico, terminata a causa del trasferimento in un altro Cantone ed ha necessitato della prescrizione di una farmacoterapia ansiolitica e antidepressiva. La paziente era già nota per una grave sindrome somatoforme da dolore persistente e diffuso, in un contesto di depressione nervosa reattiva latente, nel quadro di un disturbo di personalità passivo-aggressivo ed anacastico. (...) (doc. AI 96/2), la dichiarazione del 5 dicembre 2008 del dr. Maiullari, capo servizio del Servizio medico-psicologico di \_\_\_\_\_, secondo la quale "(...) la signora RI 1 ha svolto dei colloqui psicologici presso questo Servizio dal 25 giugno 2007 al 04.12.2007 per motivi familiari. (...) (doc. AI 98/2), il certificato medico del 3 dicembre 2008 nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e reumatologia, ha attestato che "(...) la signora RI 1 si è trasferita in agosto 2008 in Svizzera Interna ed ha preso un nuovo domicilio a \_\_\_\_\_ Nel corso del 2008 sono capitati gravi fatti famigliari che potrebbero aver scompensato significativamente la situazione psicologica già precedentemente precaria. È pertanto possibile che l'interpretazione del danno alla salute descritta nella perizia

pluridisciplinare SAM datata 14.02.2007 [ndr. recte: 30 aprile 2007] non sia più attuale. Ritengo pertanto opportuna una verifica della situazione psichiatrica in modo da ottenere una valutazione aggiornata. (...)” (doc. AI 98/3), il rapporto del 4 dicembre 2008 nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia e medicina interna, ha concluso che “(...) nach meiner aktuellen Einschätzung liegt also insgesamt eine deutliche Verschlechterung vor allem auf psychischer Ebene vor, entsprechend haben sich auch die somatoformen Schmerzen wie auch die durch degenerativen Veränderungen erklärbarer Schmerzen durch die psychischen Belastungen massiv akzentuiert. Eine Veränderung der Invalidität ist somit eher im negativen Sinne zu sehen, sicherlich ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation, wie sie von der invalidenversicherung des Kantons Tessins angenommen wird, nicht vorhanden. (...)” (doc. AI 98/4-5) e lo scritto del 13 dicembre 2008 nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna, ha confermato che “(...) ho sentito in seguito la signora RI 1 il 5.02.2008 telefonicamente, riferiva un importante stato ansioso-depressivo dopo l’arresto di suo figlio da parte della polizia. La paziente rifiutava per paura di uscire di casa di venire in studio, ragione per cui l’avevo messa in contatto con la Dr.ssa \_\_\_\_\_ del Servizio Psicosociale di \_\_\_\_\_. Ho risentito in seguito la signora RI 1 la quale mi aveva riferito che era stata vista al proprio domicilio dal Servizio Psicosociale e che la situazione psichica non era migliorata, per questo motivo avevo informato telefonicamente la Dr.ssa \_\_\_\_\_ che avrebbe visto la paziente al Servizio Psicosociale il 17.03.2008 alle ore 13.30. (...)” (doc. AI 98/6) – , l’Ufficio AI, sulla base dell’annotazione del 30 marzo 2009 nella quale il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che “(...) non vi sono motivi significativi a livello medico assicurativo che giustifichino una variazione della valutazione pluridisciplinare del SAM fino alla data del 2.2008 per cui propongo di mantenere valida la valutazione antecedente al progetto di decisione. A partire dal 2.2008 si giustifica per peggioramento clinico documentato con ripresa a carico specialistica sia reumatologica che psicologica l’antecedenti limitazioni che hanno portato alla rendita intera ancora vigente attualmente. Propongo ciononostante una revisione a distanza di un anno da ora che sarà da effettuarsi nel nuovo cantone di residenza (migliore conoscenza dei nuovi medici curanti e pertanto migliori possibilità di valutazioni medico funzionali). (...)” (doc. AI 101/1), ha annullato e sostituito il progetto di decisione del 7 novembre 2008 confermando il diritto alla rendita intera (doc. AI 102/1-2). Nell’ambito della revisione intrapresa nel maggio 2010 – visti i rapporti di decorso del 7 giugno 2010 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 115/1-7), del 9 giugno 2010 della dr.ssa \_\_\_\_\_ dell’Organizzazione \_\_\_\_\_ (doc. AI 116/1-7) e del 15 luglio 2010 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 117/1-2) – l’Ufficio AI, con comunicazione del 22 luglio 2010, ha confermato il diritto alla rendita intera (cfr. consid. 1.4). 2.6. Nell’ambito della revisione intrapresa nell’agosto 2012 l’Ufficio AI ha ordinato al SAM una nuova perizia pluridisciplinare (cfr. consid. 1.5). Dalla perizia pluridisciplinare del 20 giugno 2013 (doc. AI 151/1-26) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l’anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) e reumatologica (dr. \_\_\_\_\_). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d’accertamento (e meglio durante i giorni 2 e 16 aprile 2013, nonché 6 e 27 maggio 2013), i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (F 33.1). Sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4). Sindrome lombo vertebrale cronica su: - leggera instabilità lombare L4-L5; - spondilolisi bilaterale L4-L5 e rachisidi L5. Morbo di Köhler al II dito del

piele ds. e deformazione in piede trasverso bilaterale, nonché tendenza ad alluce valgo. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Fibromialgia. Cefalee muscolo tensive croniche. Progressiva anemia originata da meno-metrorragie, trattata con infusioni di ferro, attualmente valori ematologici nella norma. Tendenza all'ipotensione arteriosa. (...)" (doc. AI 151/16) Considerati tutti gli atti medici raccolti e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale [ndr.: grado] di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'A. nell'attività lavorativa da ultimo svolta quale ragazza buffet, è valutabile nella misura del 40% (limitazioni funzionali, di carico, ridotto rendimento sull'arco di un orario lavorativo di ca 6 ore al giorno). In qualità di casalinga la capacità lavorativa dell'A. va invece considerata nella misura del 60% (giornata lavorativa usuale con limiti funzionali di carico, nonché ridotta continuità e affidabilità lavorativa). (...)" (doc. AI 151/22), il SAM ha concluso: " (...)

8

#### CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ

**LAVORATIVA** Le conseguenze sulla capacità lavorativa dell'A. nell'attività lavorativa da ultimo esercitata in qualità di ragazza di buffet, si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi constatati a livello psicologico e mentale e muscolo-scheletrico. Sul piano psicologico e mentale, come evidenziato dal nostro consulente e discusso sopra, possiamo confermare un peggioramento del quadro clinico a decorrere da febbraio 2008 nell'ambito del grave evento traumatico vissuto dal figlio maggiore dell'A. arrestato e incarcerato. Il quadro depressivo e il dolore generalizzato hanno quindi avuto un importante influsso sullo stato funzionale, rispettivamente sulla capacità di lavoro dell'A. che da allora è rimasta nulla sino all'attuale nuova rivalutazione. Attualmente la quota ansia, l'angoscia presentata unitamente alla moderata compromissione delle funzioni biologiche, cognitive e volitive, rendono l'A. meno resistente, discontinua, inaffidabile, con una minore caricabilità e un'accentuata affaticabilità. Rispetto quindi alla precedente valutazione del 2007 il quadro depressivo e quello somatoforme hanno manifestato un peggioramento sia della componente timica, sia delle funzioni cognitive, biologiche e volitive, con un grado di gravità media, mentre, malgrado ciò, non è presente un processo regressivo dell'apparato psichico. Sul piano reumatologico, dalla precedente valutazione del 2007 ad oggi, non ha presentato sostanziali modifiche e va quindi considerato stazionario. Persistono quindi le limitazioni per quanto riguarda le problematiche della colonna lombare: l'A. è limitata in attività lavorative particolarmente pesanti, in cui debba alzare dei pesi regolarmente superiori ai 5-7,5 kg, è pure limitata in attività in cui debba lavorare in posizioni non ergonomiche per la colonna vertebrale, in movimenti ripetitivi della colonna lombare, di flessione e rotazione del tronco. È anche limitata nel mantenere delle posizioni statiche sia in posizione eretta, sia in posizione seduta superiori a 30-60 min. Vanno inoltre evitate posizioni statiche soprattutto con la parte superiore del corpo leggermente piegata in avanti. In una valutazione d'assieme possiamo pertanto affermare che l'attività lavorativa da ultimo effettuata dall'A. quale ragazza di buffet è attualmente ancora praticabile nella misura del 40% come descritto al capitolo 7. Come in occasione della precedente perizia SAM ribadiamo che le limitazioni evidenziate sul piano psichiatrico e sul piano muscolo-scheletrico, si manifestano entrambe per lo più sul rendimento lavorativo, sovrapponendosi e pertanto non sono cumulabili, bensì da integrare. Per quanto riguarda la determinazione temporale della limitazione della capacità lavorativa dell'A. nell'attività lavorativa esercitata quale ragazza di buffet possiamo confermare che a decorrere da febbraio 2008 (evento traumatico che ha visto il figlio primogenito dell'A. arrestato e incarcerato per aggressione mortale), il grado di capacità lavorativa dell'A. va

considerato nella misura dello 0% e ciò, in assenza di dati precisi agli atti a nostra disposizione, sino al 6.5.2013, quando l'attuale valutazione psichiatrica ci permette di considerare globalmente un grado di capacità lavorativa nella misura del 40% come descritto al capitolo 7. Va precisato che, a confronto della nostra precedente valutazione del 2007, l'attuale stato di salute, rispettivamente funzionale, si è modificato peggiorandosi (capacità lavorativa attuale 40% rispetto al precedente 70%), quantunque vi sia stato un miglioramento rispetto al periodo da febbraio 2008 a maggio 2013, durante il quale, come detto, la capacità lavorativa dell'A. va considerata nulla. La prognosi valetudinaria a medio-lungo termine ci sembra possa permettere ulteriori miglioramenti. L'attuale nostra valutazione sul piano psichiatrico si discosta chiaramente da quella espressa dallo psichiatra curante nel suo recente rapporto medico per l'Ufficio AI del Canton Ticino del 22.2.2013 (capacità lavorativa 0%), principalmente per il fatto che le risorse psichiche e mentali dell'A., non sono per nulla azzerate ed inoltre non è presente un processo regressivo del suo apparato psichico. 9

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** In considerazione della lunga assenza dell'A. dal mondo del lavoro riteniamo utili e ragionevoli provvedimenti professionali di aiuto al ricollocamento. Per le sole ragioni mediche l'A. va ritenuta in grado di svolgere altre attività meglio adatte, vale a dire rispettose delle limitazioni di carico e funzionali descritte in ambito reumatologico, inoltre non richiedenti intatte capacità cognitive, di adattamento ed elevata affidabilità, nella misura del 50% (orario di lavoro normale con ridotto rendimento) e ciò a decorrere da maggio 2013. Sul piano terapeutico è indicato continuare con il trattamento psichiatrico attualmente in corso; il nostro consulente consiglia di valutare l'introduzione di altri farmaci antidepressivi rispetto a quello attualmente prescritto (Jarsin) in quanto più incisivi ed inoltre l'A. potrà continuare a trarre beneficio dalle sedute di fisioterapia ambulatoriale e delle terapie farmacologiche prescritte dal reumatologo curante Dr. med. \_\_\_\_\_. Al momento tuttavia non ci possiamo pronunciare su eventuali ulteriori miglioramenti della capacità lavorativa dell'A., ciò che dovrà essere valutato sulla base di dati precisi riguardanti la futura evoluzione globale del caso. 10

**OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI** Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)” (doc. AI 151/22-24) La valutazione del SAM é stata confermata dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 25 giugno 2013 (doc. AI 152/1-4). Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ – avuto riguardo ai rapporti del 3 ottobre 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 168/1) e del 4 ottobre 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 169/13) – nell’annotazione 24 ottobre 2013 ha concluso: “(...) assenza di nuovi elementi o modifica dello stato di salute dell’assicurata. Il reumatologo riscontra unicamente una tendenza al peggioramento mentre lo psichiatra conferma le note diagnosi. (...)” (doc. AI 173/1). L’Ufficio AI – viste le susseguite risultanze mediche e considerata la valutazione del consulente in integrazione professionale dell’11 settembre 2013 – con decisione 26 novembre 2013 ha quindi ridotto il diritto alla rendita da intera ad un quarto con effetto dal 1. gennaio 2014 (cfr. consid. 1.5).

2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure

nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

## **E. 6**

LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010 , consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 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 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 premorboso, 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). 2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in

materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può condividere le conclusioni a cui è giunto il SMR che, sulla base della perizia pluridisciplinare del 20 giugno 2013 del SAM (doc. AI 151/1-26), ha concluso per un miglioramento della situazione valetudinaria rispetto all'anno-tazione del 30 marzo 2009 del dr. \_\_\_\_\_ sub doc. AI 101/1. Al riguardo va rilevato che, interpellata in merito, la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel complemento del 27 giugno 2013, ha osservato che "(...) siccome ho ripreso la valutazione dal 2008 ho scritto che è peggiorato. Le spiegazioni che sono state date nel rapporto [ndr.: si riferisce al rapporto finale del 25 giugno 2013 sub doc. AI 152/1-4] permettono di capire che poi è migliorato. Altrimenti devo scrivere sia peggiorato che migliorato. (...)". (doc. AI 153/1). Va innanzitutto evidenziato che per la riduzione e/o soppressione del diritto ad una rendita nell'ambito di una revisione intrapresa d'ufficio è all'amministrazione che incombe l'onere della prova circa l'importante miglioramento dello stato di salute suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Nel caso in cui non si potesse concludere, in base al criterio della verosimiglianza preponderante, per un miglioramento dello stato di salute il diritto alla prestazione resterebbe invariato (STF 8C\_441/2012 del 25 luglio 2013 resa nella composizione di 5 giudici e nella quale è stato ribadito che: "(...) Ist eine anspruchsherehebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C\_418/2010 E. 3.1; vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94, 9C\_961/2008 E. 6.3) (...)") (STF 8C\_441/2012 del 25 luglio 2013 consid. 3.1.3 pubblicata in SVR 2013 IV Nr. 44 pag. 134). Per un caso in cui, vista la violazione dell'obbligo d'informare o di collaborare, è stato riconosciuto l'inversione dell'onere probatorio vedi la STF 9C\_961/2008 del 30 novembre 2009: "(...) 6.3.3 L'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181; HANS PETER WALTER, Beweis und Beweislast im Haftpflichtprozessrecht, in Haftpflichtprozess 2009, p. 47 ss, p. 58). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente. (...)") (STF 9C\_961/2008 del 30 novembre 2009 consid. 6.3.3 pubblicata in SVR 2010 IV Nr 30 pag. 94 e confermata, tra le altre, nella STF 9C\_312/2010 del 2 luglio 2010 nel caso in cui l'interessato si era rifiutato ingiustamente di sottoporsi ad una perizia neurologica e psichiatrica). L'Alta Corte, nella STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2012, chiamata a pronunciarsi in un caso in cui questo Tribunale aveva confermato un miglioramento del disturbo depressivo, ha annullato il giudizio impugnato e rinviato gli atti al TCA affinché, predisposta una perizia giudiziaria, si pronunciasse di nuovo. In quell'evenienza il TF ha, in particolare, evidenziato che "(...) 5.2 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta

probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione - o come in concreto di assegnazione retroattiva di una rendita temporanea - se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3). (...)” (STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013, consid. 5.2) Vedi, in questo senso, anche i considerandi 6.1.2 e 6.1.3 della succitata STF 8C\_441/2012 del 25 luglio 2013 a 5 giudici. In concreto, nella perizia pluridisciplinare del 30 aprile 2007 il SAM ha concluso per un miglioramento dell'aspetto extra somatico sulla base del consulto del 3 aprile 2007 (doc. AI 70/17-20) nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia – poste le diagnosi di “(...) Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Sindrome depressiva ricorrente, in remissione (ICD-10 F33.4) (...)” (doc. AI 70/17) –, ha espresso la seguente valutazione: “(...) l'assicurata ha presentato un miglioramento complessivo del quadro clinico constatato dal collega \_\_\_\_\_. Pure se l'assicurata non ha seguito, come auspicava il collega, un regolare trattamento psicoterapeutico per la sua allora problematica depressiva e somatoforme, ha dimostrato un progressivo miglioramento nel corso degli anni. In tal senso, il decorso positivo spontaneo parla a favore del fatto che siamo di fronte ad una sindrome depressiva lieve, che al momento attuale presenta una quasi totale remissione. Senz'altro la situazione attuale di preoccupazione nella quale si trova l'assicurata in quanto confrontata con la problematica della sua piccola figlia è fonte di ansia e angoscia, ma stando alla valutazione odierna è evidente una sua modalità difensiva adeguata, consone e senza che l'intero apparato psichico sia alterato. Le funzioni cognitive, volitive e fisiologiche sono pressoché inalterate. Appare una lieve deflessione del tono dell'umore con una quota d'ansia e d'angoscia che sono di lieve entità e che costituiscono gli unici elementi fenomenologici che possono giustificare una incapacità lavorativa. Un'altra problematica che potrebbe incidere sulla capacità lavorativa è la sindrome dolorosa della quale si lamenta. Durante l'intero colloquio, però, non è stata evidenziata una minima smorfia di dolore né l'adozio-ne di una posizione antalgica. Complessivamente l'assicurata presenta una parziale incapacità lavorativa. (...)” (doc. AI 70/17). Al riguardo – a prescindere dal fatto che il dr. \_\_\_\_\_ non si è pronunciato sul disturbo di personalità passivo-aggressivo ed anacastico posto nelle diagnosi principali della perizia pluridisciplinare del SAM del 20 maggio 1999 (cfr. doc. AI 16/8) e che nemmeno ha indicato i motivi per cui i danni alla salute a partire dall'esame peritale avrebbero esplicitato conseguenze meno gravi rispetto al periodo precedente – l'asserito miglioramento è stato solo transitorio, ritenuto il rapporto 28 novembre 2008 del Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ attestante che “(...) la signora è stata seguita presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ dal 5 febbraio 2008 al 31 luglio 2008 per una condizione ansioso-depressiva conseguente ad un evento stressante acuto, che ha interessato un componente della sua famiglia. La signora RI 1, in seguito a tale situazione, ha manifestato un quadro clinico di rilevante entità, caratterizzato da ipervigilanza, insonnia e deflessione del tono dell'umore. Il quadro descritto si è mantenuto

per tutto il periodo della presa a carico, terminata a causa del trasferimento in un altro Cantone ed ha necessitato della prescrizione di una farmacoterapia ansiolitica e antidepressiva. La paziente era già nota per una grave sindrome somatoforme da dolore persistente e diffuso, in un contesto di depressione nervosa reattiva latente, nel quadro di un disturbo di personalità passivo-aggressivo ed anancastico. (...)” (doc. AI 96/2) e viste le risultanze del certificato medico 3 dicembre 2008 del dr. \_\_\_\_\_ e del rapporto del 4 dicembre 2008 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 98/3 e 98/4-5 e consid. 2.6), il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che “(...) a partire dal 2.2008 si giustifica per peggioramento clinico documentato con ripresa a carico specialistica sia reumatologica che psicologica l’antecedenti limitazioni che hanno portato alla rendita ancora vigente attualmente. (...)” (doc. AI 101/1). Come visto (cfr. consid. 2.6), con comunicazione del 22 luglio 2010 (doc. AI 118/1), l’Ufficio AI ha in seguito confermato il diritto alla rendita intera con un grado d’invalidità dell’80%. In quel frangente il dr. Losa, nel rapporto di decorso del 27 maggio 2010 (doc. AI 115/1-7), aveva attestato uno stato di salute stazionario. La dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto di decorso del 9 giugno 2010 (doc. AI 116/1-7) – poste le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: “(...) Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (ICD10; F 32.2) nel quadro di un disturbo di personalità passivo-aggressivo ed anancastico. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10; F 45.4) (...)” (doc. AI 116/2) – avevano constatato che “(...) la signora RI 1, a seguito del fatto accaduto nel febbraio 2008, ha manifestato un quadro clinico caratterizzato da insonnia, ipervigilanza e deflessione del tono dell’umore. Sintomo cardine della sua patologia è una marcata astenia da intendersi come sentimento soggettivo di stanchezza, debolezza e faticabilità che compromettono sia le funzioni fisiche che psichiche. La signora è beneficiaria di una rendita AI dal 1998. Al momento attuale, visto il lungo trascorso di inabilità lavorativa, non siamo in grado di indicare la percentuale di inabilità. (...)” (doc. AI 116/4). Il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 15 luglio 2010 (doc. AI 117/1.2), aveva, osservato che “(...) la situazione reumatologica è da integrare con gli aspetti psichiatrici. È evidente un’importante sofferenza della paziente che, dal punto di vista reumatologico, si esprime con una parte della sintomatologia algica nota. La prognosi è sfavorevole con rischio di scompenso psicologico (oltre all’accentuazione dei dolori). Globalmente la situazione è invariata nel tempo senza miglioramento alcuno. (...)” (doc. AI 117/2). Interpellati nuovamente nell’ambito della revisione intrapresa nell’agosto 2012 (cfr. consid. 2.7), sfociata nella decisione qui impugnata e oggetto della presente vertenza, il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, nei rispettivi rapporti medici di decorso del 22 e del 24 agosto 2012 (cfr. doc AI 131/1-7 e 132/1-8), hanno attestato ancora uno stato di salute stazionario. Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 22 febbraio 2013 (doc. AI 147/1-4) – poste le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: “(...) Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media F 33.1 (ICD-10). Sindrome somatoforme da dolore persistente F 45.4 (ICD-10) (...)” (doc. AI 147/1) e attestata un’incapacità lavorativa del 100% – ha osservato che “(...) la situazione personale, sociale e di malattia è globalmente immutata rispetto al resoconto della collega Dr.ssa \_\_\_\_\_. Attualmente la paziente lamenta apatia, anedonia, ritiro sociale, dolori generalizzati, crisi di pianto e mancanza di slancio vitale. Paziente orientata rispetto ai 4 domini. Mimica triste. Leggero rallentamento psicomotorio. Deflessione timica evidente. Non sono presente degli elementi di stampo psicotico. (...)” e, circa la prognosi, ha concluso che “(...) lo stato depressivo si è cristallizzato non permettendo di immaginare un ruolo attivo al lavoro, anche in contesti di

attività semplici. (...)” (doc. AI 147/4). Nella perizia pluridisciplinare del 20 giugno 2013 (doc. AI 151/1-26) i periti del SAM hanno confermato la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ che, nel consulto del 3 giugno 2013 (doc. AI 151/27-34) – posta la diagnosi di “(...) Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10-F45.4). Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media (ICD 10-F33.1) (...)” (doc. AI 151/31) – ha concluso che “(...) l’assicurata ha presentato un peggioramento rispetto alla mia valutazione del 2007. Lo stress subito per il grave evento traumatico come conseguenza degli eventi conseguenti all’incarcerazione del figlio ha provocato in lei un franco peggioramento dello stato psichico. Alla luce della valutazione clinica attuale il quadro depressivo e quello somatoforme hanno manifestato un peggioramento. Il quadro depressivo mostra un peggioramento globale sia della componente timica sia sulle funzioni cognitive, biologiche e volitive con un grado di gravità media. Nonostante non è presente un processo regressivo dell’apparato psichico. Il quadro algico somatoforme appare più incisivo rispetto alla precedente valutazione. Ritengo che alla luce di tale peggioramento si possa attestare che la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente adempie i criteri di Förster in quanto si tratta di un quadro che segue un decorso autonomo, si è mostrato resistente ai classici trattamenti eseguiti, si assiste ad una modifica della sua quotidianità sul piano individuale e sociale. È presente una comorbidità psicologica rilevante. (...)” (doc. AI 151/31-32). Il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 4 ottobre 2013, poste le diagnosi note, ha certificato che “(...) con la presente attesto che seguo la paziente a margine presso il mio studio dal 16.05.2011. Essa segue regolarmente la psicoterapia individuale ed assume una terapia antidepressiva. La signora RI 1 partecipa con motivazione in maniera scrupolosa alle proposte terapeutiche concordate assieme. Malgrado ciò constato che il quadro psicopatologico è rimasto nel tempo immutato caratterizzato da una depressione di media gravità, riduzione dello slancio vitale, ritiro sociale, algie generalizzate, riduzione delle capacità cognitive. [...] Attualmente con molta fatica ed abnegazione la signora RI 1 cerca di accompagnare nella crescita i tre figli di cui l’ultimogenita ha circa 9 anni. Il figlio maggiore sta scontando una lunga condanna presso il carcere della \_\_\_\_\_ a Lugano. Questa situazione incide notevolmente sull’aspetto depressivo con fasi di franco scoramento e pensieri autolesivi. In considerazione di quanto sovraesposto non ritengo possibile una sua ripresa lavorativa neanche parziale ed in lavori leggeri. Lo stato depressivo ed algico si è cronicizzato nel tempo riducendo anche le mansioni quotidiane di casalinga. (...)” (doc. AI 169/13). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia ed estensore del consulto del 30 aprile 1999 (doc. AI 16/19-22) parte integrante della perizia del SAM del 20 maggio 1999, nel rapporto del 18 febbraio 2014 con allegate le analisi testistiche effettuate nell’ambito della valutazione psicodiagnostica (doc. H), ha concluso che “(...) in base a quanto riportato sopra possiamo pertanto ipotizzare come il quadro clinico, psicopatologico e valetudinario della perizianda sia alquanto preoccupante, anche in considerazione di quanto evidenziato nel corso di queste ultime settimane durante le quali abbiamo proceduto ad effettuare i nostri approfondimenti e le nostre valutazioni cliniche psicodiagnostiche. In particolare ipotizziamo, unitamente alle diagnosi già poste dal Collega Dr. \_\_\_\_\_ e dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ del SPS di \_\_\_\_\_, la presenza [ndr.: di] una diagnosi ulteriore – particolarmente inquietante e ulteriormente invalidante – riguardante la presenza di una possibile psicosi in stato preclinico e legata ai vissuti di violenza sia personali che familiari (dove il sospetto di una violenza eventualmente subita dalla figlia rimane un serio punto interrogativo) che senza un adeguato supporto e lavoro psicoterapeutico, psichiatrico e

psicosociale rischia di sfociare a breve-medio termine in una deriva psicopatologica esplosiva e pericolosa per la vita della perizianda stessa. Detto ciò, appare evidente che non sono presenti i presupposti di alcuna abilità lavorativa e che la perizianda necessita di una presa a carico specialistica assidua sul piano psicoterapeutico, psicosociale, psicoassistenziale e psichiatrico così come fino ad ora è stato fatto con competenza dal Collega Dr. med. \_\_\_\_\_ . (...)” (doc. H). Il dr. \_\_\_\_\_ – invitato tramite il SAM a rispondere alle precise domande formulate dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nell’annotazione del 4 marzo 2014 (VIII/1) – , nel complemento dell’11 aprile 2014 (XIV/1), si è così espresso: " (...) 1. Descrivere esattamente le risorse dell’Assicurata ancora presenti in occasione della valutazione psichiatrica. Come da me descritto nonché ben descritto dal collega Dr.med. \_\_\_\_\_ l'assicurata è in grado di occuparsi della cura dei suoi figli, in special modo della figlia \_\_\_\_\_. Questa sua capacità psicofisica non solo richiede un certo livello di capacità e di resistenza fisica ma anche quella mentale e psicologica. Come lo è il fatto di accudire e proteggere. Come descritto nella gestione della giornata l'assicurata si alza al mattino e prepara la colazione e accudisce la figlia \_\_\_\_\_ che parte ogni mattina a scuola. Poi durante la giornata, sebbene con delle interruzioni e pause, è in grado di fare i compiti casalinghi e di preparare il pranzo che consuma insieme alla figlia. Poi al pomeriggio si riposa dopodiché prepara la cena che consuma con i figli \_\_\_\_\_a e \_\_\_\_\_. Per quanto concerne lo stato cognitivo, volitivo e biologico siamo di fronte ad un quadro compromesso ma che ancora appare funzionante e mantiene un certo livello di capacità. Per quanto concerne la sua capacità lavorativa come cameriera va detto che la mia valutazione segue un parametro teorico in quanto siamo di fronte ad un quadro depressivo di grado medio (con delle funzioni mentali ancora conservate parzialmente senza che ci sia un minimo segno di regressione grave dell'apparato psichico, non sono presenti segni di psicosi come sospetta il collega Dr.med \_\_\_\_\_). La sua paura di essere pedinata dal marito è sicuramente un fatto reale accaduto e per questo è che l'assicurata presenta una paura egodistonica congrua con tale evento. Inoltre il quadro clinico va accompagnato da una diminuzione di capacità fisica data dalla sindrome somatoforme da dolore persistente. Il fatto che l'assicurata sia in grado di occuparsi giornalmente di diverse e svariate faccende domestiche e casalinghe presuppone che la stessa possa occuparsi anche di faccende fisiche come cameriera. Inoltre il quadro depressivo che presenta non è accompagnato da una sintomatologia grave di fobia sociale (esce a fare le spese di casa e i fine settimana fa le spese grandi insieme ai figli e si reca al penitenziario a fare visita al figlio) bensì un adeguato senso di vergogna per quello che le è accaduto con suo figlio. Pertanto anche per ragioni psichiche l'assicurata potrebbe essere in grado di lavorare come cameriera. Le funzioni cognitive sono parzialmente conservate e non totalmente compromesse. 2. In che cosa consiste il miglioramento dello stato di salute psichiatrico dell'assicurata e in che modo esso ha portato ad un aumento della capacità di lavoro? Il miglioramento dello stato di salute è la conclusione da quanto verificato durante le mie visite eseguite in sede peritale. Dal mio punto di vista ho constatato uno status psichico differente rispetto al quadro descritto dal collega Dr. med. \_\_\_\_\_. Il collega dichiara una totale compromissione delle funzioni cognitive e una totale limitata caricabilità. Il fatto che l'assicurata si occupi ogni giorno della cura della propria abitazione e dei figli non parla a favore di una totale compromissione psichica. Sebbene in sede di valutazione ho riscontrato una compromissione delle funzioni cognitive tuttavia si assiste ad una parziale conservazione. Testualmente ho descritto: "Le funzioni cognitive sono compromesse. Si denota una diminuzione dell'attenzione, della concentrazione e una lieve compromissione della

memoria di fissazione. Non emerge una compromissione della memoria di evocazione. L'assicurata è stata in grado di raccontare in dettaglio numerosi passaggi della sua vita e degli ultimi avvenimenti accaduti nel corso degli ultimi 5 anni. Ha mostrato segni di stanchezza mentale in entrambi i colloqui durati 60 e 50 minuti". Allo stesso tempo le funzioni biologiche e volitive sono abbastanza conservate. Il tono dell'umore mantiene una quota d'angoscia di grado medio fluttuante. 3. Se ritiene di poter confermare e argomentare il miglioramento dello stato psichiatrico dell'assicurata come definito nella perizia SAM, giustifichi il motivo per cui ha fatto iniziare tale miglioramento dal momento della prima valutazione. Ho fatto iniziare il miglioramento dal momento della mia prima valutazione perchè l'esplorazione dello status psichico da me constatato contrastava con quanto rilevato ed espresso dal suo medico psichiatra Dr.med. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto medico del 22.02.2013. Pertanto ho ritenuto giustificato accettare lo stato di compromissione del suo stato psichico ancora nel periodo dopo il rapporto stilato dal collega fino al giorno della mia prima valutazione. 4. Specifici sul piano terapeutico quale trattamento è ritenuto indicato per il caso specifico dell'assicurata ( tipo di antidepressivo, posologia, frequenza dei controlli, ecc), la sua durata e di quanto in percentuale esso influirebbe sulla capacità di lavoro dell'assicurata e in quanto tempo (criteri di esigibilità alle cure). Da un punto di vista terapeutico e stando a quanto richiesto da un punto di vista assicurativo, l'assicurato deve dimostrare di fare degli sforzi adeguati per migliorare la sua condizione di salute e deve eseguire i trattamenti secondo le regole dell'arte medica. Risulta poco comprensibile, nel caso specifico dell'assicurata, come la stessa che presenta un quadro di una gravità media venga trattata solo mediante un trattamento blando con un fitoterapia (Jarsin). Mi sembra che nel caso specifico siano esigibili altri trattamenti da proporre come ad esempio l'uso di serotonergici (Fluoxentina 20-40 mg/dì, Paroxetina 20-30 mg /dì, Sertralina fino a 150 mg/dì. ecc) oppure di antidepressivi a doppio attacco come ad esempio Agomelatina a dosaggi utili, fino a 120 mg /dì. Si dovrà seguire anche sul piano psicoterapico in modo tale da permettere alla stessa una migliore gestione dei sentimenti di rabbia e tristezza. La frequenza potrebbe essere mensile ma a lungo termine. Si dovrà abbinare un trattamento psicocorporeo con tecniche di rilassamento progressivo (tipo Jacobson). Come è noto, risulta difficile poter esprimere un parere preciso su quanto potrebbe migliorare il quadro dopo tale trattamento data la cronicità. (...)" (XIV/1) Questo Tribunale, viste le suesposte risultanze mediche e conformemente alla succitata giurisprudenza, ritiene che anche avuto riguardo al complemento peritale dell'11 aprile 2014 nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha avuto la possibilità di esprimersi compiutamente in merito, non risulta provato un miglioramento dello stato di salute tale da giustificare la riduzione della rendita finora erogata. In effetti, e lo si ribadisce, già nel suo precedente consulto del 3 aprile 2007 (cfr. doc. AI 17/20) il dr. \_\_\_\_\_ non aveva indicato i motivi per cui i danni alla salute a partire dall'esame peritale avrebbero spiegato conseguenze meno gravi rispetto al periodo precedente. In ogni caso, e anche questo lo si ribadisce, l'asserito miglioramento di cui alla perizia del SAM del 30 aprile 2007 era stato superato dalla valutazione del 30 marzo 2009 nella quale il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso che l'attuale peggioramento clinico documentato con ripresa a carico specialistica sia reumatologica che psichiatrica giustificava le antecedenti limitazioni in base alle quali era stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera (cfr. doc. AI 101/1). Del resto, il dr. \_\_\_\_\_, invitato espressamente ad indicare in che cosa consistesse il miglioramento dello stato di salute psichiatrico e in che modo avesse portato ad un aumento della capacità lavorativa, si è limitato ad indicare che "(...) il miglioramento dello stato di salute è la conclusione da quanto verificato durante le mie visite eseguite in

sede peritale. Dal mio punto di vista ho constatato uno status psichico differente rispetto al quadro descritto dal collega Dr. med. \_\_\_\_\_. (...)” (XIV/1, risposta 2). Ora, visto che il susposto peggioramento dal febbraio 2008 aveva ripristinato la situazione valetudinaria ritenuta con la prima perizia del SAM del 20 maggio 1999, il consulente psichiatra avrebbe dovuto confrontarsi con questa situazione oltre che con le valutazioni del dr. \_\_\_\_\_. In particolare, come visto sopra, il dr. \_\_\_\_\_ non si é espresso sul “(...) quadro di disturbo di personalità passivo – aggressivo ed anancastico (...)” (doc. AI 16/8) ripreso anche dai medici dr. \_\_\_\_\_ e Dr.ssa \_\_\_\_\_ nello scritto del 28 novembre 2008 (doc. AI 96/2) e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel rapporto di decorso del 9 giugno 2010 (doc. AI 116/1-7). Nemmeno é dato di capire per quali ragioni il dr. \_\_\_\_\_ abbia concluso per una capacità lavorativa del 40% nella sua attività abituale di “ragazza buffet” e del 50% in un’attività leggera (doc. AI 151/33-34, punti 3 e 7), allorquando egli non aveva operato alcuna distinzione nel precedente consulto del 3 aprile 2007 (doc. AI 70/18, punti 3 e 7) e il dr. \_\_\_\_\_, nel consulto del 30 aprile 1999, aveva concluso, in generale, per un grado d’incapacità lavorativa del 100% (doc. AI 16/22). Inoltre, per il solo fatto che l’insorgente sia stata ritenuta “(...) in grado di occuparsi della cura dei suoi figli, in special modo della figlia \_\_\_\_\_ (...)” (XIV/1, risposta 1), non è ancora possibile concludere per un miglioramento dello stato di salute. Al riguardo significativa è la STF 8C\_261/2013 del 10 settembre 2013 nella quale l’Alta Corte, ritenuta l’attività di madre diurna svolta dall’assicurata, al fine di stabilire se fosse dato un motivo di revisione visto il migliore adattamento al dolore, ha rinviato gli atti all’amministrazione per ulteriori accertamenti al riguardo: “(...) Es ist somit ungenügend erstellt, in welchem Umfang die Versicherte tatsächlich der Tätigkeit als Tagesmutter nachkommt. Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil ihr seit Rentenzusprache im Umfang von vier Stunden täglich eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zugemutet wurde. Zum jetzigen Zeitpunkt kann aufgrund des ungenügend erstellten Sachverhalts keine Verbesserung des Leistungsvermögens geschlussfolgert werden. Das Gleiche gilt für das als Tagesmutter erzielte Einkommen, weshalb sich die Vorinstanz hinsichtlich der Invaliditätsbemessung beim Einkommensvergleich auf Tabellenlöhne stützte. Die Sache ist deshalb an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie die tatsächlichen Verhältnisse abkläre. Insbesondere wird sie zu prüfen haben, in welchem Umfang die Versicherte ihre Tätigkeit als Tagesmutter aufgenommen hat und was sie dabei verdient. Erst in der Folge kann darüber befunden werden, ob ein Revisionsgrund wegen einer verbesserten Leidensanpassung gegeben ist. (...)” (STF 8C\_261/2013 del 10 settembre 2013, consid. 3.4). Del resto, il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 4 ottobre 2013, ha evidenziato che “(...) attualmente con molta fatica ed abnegazione la signora RI 1 cerca di accompagnare nella crescita i tre figli di cui l’ultimogenita ha circa 9 anni. Il figlio maggiore sta scontando una lunga condanna presso il carcere della \_\_\_\_\_. Questa situazione incide notevolmente sull’aspetto depressivo con fasi di franco scoramento e pensieri autolesivi. (...)” (doc. AI 169/13) e, dalla sentenza del Pretore della Giurisdizione di \_\_\_\_\_ del 30 maggio 2012 (doc. AI 129/2-33), quanto alla custodia e autorità parentale sulla figlia \_\_\_\_\_ (2004), risulta che “(...) i periti hanno evidenziato come sia emerso dall’indagine “il rischio che la madre non sia in grado di accompagnare la figlia in un armonioso sviluppo psicoaffettivo in quanto non é disposta, seppure in buona fede e con l’intento di tutelare la bambina, di rispettare le decisioni delle Autorità (e quindi un punto di vista diverso dal suo) e di pervenire ad una sana interpretazione del “maschile” e del “paterno” nella personalità della bambina” [...] RI 1, come indicato dai periti, dovrà – per poter sviluppare capacità genitoriali del tutto

adeguate – “effettuare un percorso individuale di sostegno psicologico con un terapeuta diverso da quello della figlia, che la possa aiutare e sostenere nel processo di riavvicinamento della figlia al padre, con tutti i vissuti che ciò potrà suscitare in lei” (...)” (doc. AI 129/11-12). Infine, ancorché nel consulto del 30 aprile 2013 (doc. AI 151/35-41) il dr. \_\_\_\_\_ abbia attestato un decorso stazionario, non é dato a sapere per quali ragioni i periti del SAM, nella perizia del 20 giugno 2013, hanno ritenuto la fibromialgia quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa (cfr. doc. AI 151/16) allorquando lo stesso SAM aveva in precedenza concluso diversamente sia nella perizia del 20 maggio 1999 (cfr. doc. AI 16/8) che in quella del 30 aprile 2007 (cfr. doc. AI 70/11). 2.9. In simili circostanze, viste le susedite risultanze mediche, questo Tribunale deve concludere che in base al principio della verosimiglianza preponderante un miglioramento dello stato di salute va negato. Di conseguenza il diritto alla rendita intera va confermato e la decisione impugnata annullata (cfr. in questo senso la STF 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013). 2.10. 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 le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI. All’assicurata, rappresentata dall’avv. RA 1, vanno inoltre riconosciute le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPG) che appare giustificato quantificare, spese comprese, in complessivi fr. 2’000.-- (IVA inclusa). La domanda di assistenza giudiziaria diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

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