

## **TI\_GERICHTE 32.2016.23 vom 26. Januar 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-01-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.23)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.23 du 26 janvier 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.23 del 26 gennaio 2016

### **Regeste**

Viste le risultanze della perizia del SAM (capacità lavorativa del 90% nell'attività abituale) a ragione l'Ufficio AI, sulla base di un confronto percentuale dei redditi, ha negato il diritto a prestazioni. Rifiutato il rimborso dei costi per le perizie di parte

### **Erwägungen**

#### **E. 42**

LPGA prevede d'altro canto che “le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione”. Il diritto di essere sentito deve dunque essere garantito soprattutto durante la procedura di opposizione. In ogni caso al più tardi durante la procedura di opposizione, l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 4.2; DTF 132 V 368 consid. 6). Il diritto di essere sentiti delle parti è sancito anche dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. Per costante giurisprudenza (ribadita ancora in STF 9C\_412/2011 del 14 luglio 2011 consid. 3.3.1), dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 370 consid. 3.1 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF 9C\_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 3.2; DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372). Secondo la giurisprudenza, l'art. 57a LAI va oltre al diritto di essere sentito ex art. 29 cpv. 2 Cost. fed. conferendo all'assicurato la possibilità di esprimersi non solo sull'oggetto in questione, ma anche sulla prevista decisione finale (STF 9C\_176/2010 del 4 maggio 2010; DTF 125 V 405 consid. 3e con riferimenti). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 390 consid. 5.1; 127 V 437 consid. 3d/aa). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione di tale diritto – nella misura in cui essa non sia di particolare gravità – è tuttavia da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi

innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 437 consid. 3d/aa). 2.1.3. Il TF – dopo aver lasciato aperta la questione circa la prorogabilità o meno del termine di 30 giorni stabilito dall'art. 73ter cpv. 1 OAI (STF 8C\_526/2012 del 19 settembre 2012, consid. 3.1, citata in Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3a edizione 2014, ad art. 57a, n. 5, pag. 554) –, nella STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016 (destinata alla pubblicazione), ha dovuto pronunciarsi circa la natura di detto termine. L'Alta Corte – partendo dall'assunto secondo il quale di principio i termini legali (a differenza di quelli giudiziari) non sono prorogabili, osservato che allorquando l'assicurato (in una prima presa di posizione) non si riserva di produrre ulteriore documentazione né fa intendere che le sue osservazioni siano incomplete, l'Ufficio AI non deve attendere 30 giorni prima di emettere la decisione e rilevato che in precedenti casi non aveva dovuto pronunciarsi essendo il diritto di essere sentito comunque stato rispettato rispettivamente il ricorso da accogliere per motivi materiali (cfr. i consid. 4.2 e 4.3.1 della STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016) – ha evidenziato che le incertezze circa la natura del termine ex art. 73ter cpv. 1 OAI (circa l'origine delle stesse vedi i consid. 4.3.2 e 4.3.3 della STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016) hanno spinto il Consiglio federale a prevedere un nuovo art. 57a cpv. 3 LAI che stabilisce un termine di 30 giorni per presentare le proprie obiezioni sul preavviso. Al riguardo, nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione invalidità (6a revisione AI, secondo pacchetto di misure) dell'11 maggio 2011 (FF N. 28 del 12 luglio 2011 pagg. 5133-5290), nel commento all'art. 57a cpv. 3 LAI, si legge infatti che “(...) le misure di semplificazione della procedura AI entrate in vigore il 1° luglio 2006 hanno reintrodotta il preavviso. Il termine per presentare obiezioni (30 giorni) è regolamentato all'articolo 73ter OAI. Poiché però non vi è un'unità di dottrina – né esiste ancora una giurisprudenza del Tribunale federale in materia – che stabilisca se questo termine fissato a livello d'ordinanza sia un termine legale (e quindi improrogabile) o giudiziario (e quindi prorogabile), è necessario, a garanzia della certezza del diritto, iscriverlo all'articolo 57a capoverso 3 LAI, definendolo così chiaramente come termine legale. Il preavviso è stato reintrodotta nel contesto della semplificazione della procedura. Se però il termine restasse regolamentato nell'OAI e il Tribunale federale decidesse infine che si tratta di un termine giudiziario, lo scopo stesso delle misure di snellimento sarebbe contraddetto e in determinate circostanze la procedura finirebbe per essere prolungata invece che semplificata, contrariamente a quanto auspicato dal legislatore. D'altra parte, la contestazione del preavviso non è soggetta a severe esigenze formali (p. es. può anche avvenire oralmente). Il termine assoluto di 30 giorni in relazione al preavviso non è problematico nemmeno nell'ottica della tutela giurisdizionale degli assicurati dal momento che questi per legge hanno comunque il diritto di impugnare successivamente la decisione entro 30 giorni dalla notifica. Dovendosi applicare anche alle parti di cui al capoverso 2, il termine va iscritto all'articolo 57a capoverso 3 LAI. (...)” (FF N. 28 del 12 luglio 2011, pag. 5237). Il TF – osservato come l'esecutivo abbia così messo in evidenza che il termine per presentare le proprie obiezioni sul preavviso non fosse prorogabile. Il nuovo tenore dell'art. 57a cpv. 3 LAI è stato accolto dalle camere federali senza discussioni, ma il secondo pacchetto di misure della 6a revisione AI è fallito per altri motivi: “(...) Damit brachte er zum Ausdruck, dass es sich bei der Frist zum Vorbescheid um eine nicht erstreckbare gesetzliche Frist handelt. Sowohl der Ständerat wie auch der Nationalrat hiessen den neuen Art. 57a Abs. 3 IVG diskussionslos gut (AB 2011 S 1205; AB 2012 N 2192). Die Revision scheiterte letztlich aus anderen Gründen (vgl. AB 2013 N

1098). (...)” (STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016, consid. 4.3.4) – ha quindi concluso che la volontà del legislatore, emersa dai materiali, non è confluita nella legge e pertanto, non fondandosi su una legge formale, il termine di cui all’art. 73ter cpv. 1 configura un termine giudiziario prorogabile in casi sufficientemente motivati. Nella misura in cui il legislatore lo volesse ritenere quale termine legale, allora dovrà fare in modo che lo stesso venga accettato nel nuovo tenore del succitato art. 57a cpv. 3 LAI: “(...) Nach dem Gesagten ist der Wille des Gesetzgebers zwar aus den Materialien ersichtlich (vgl. v.a. E. 4.3.4), doch ist dieser Wille nicht ins IVG eingeflossen. Somit beruht die Frist von Art. 73ter Abs. 1 IVV nicht auf einer formell gesetzlichen Grundlage (vgl. E. 4.3.1). Sie ist demnach als behördliche Frist zu verstehen, welche aus hinreichenden Gründen erstreckt werden kann. Soweit der Gesetzgeber sie als gesetzliche Frist verstanden haben will, hat er in einem erneuten Anlauf den bereits erwähnten Art. 57a Abs. 3 IVG ins Gesetz aufzunehmen. (...)” (STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016, consid. 4.3.5). L’Alta Corte ha inoltre evidenziato che l’amministrazione può mettere un freno ad un eccessivo allungamento dei termini verificando se per la domandata proroga è dato un sufficiente motivo ai sensi della cifra marginale 3013.3 CPAI e che ciò rispetta la postulata semplificazione e snellimento della procedura. Secondo le cifre marginali 3013.3 e 3013.4 della CPAI il termine di 30 giorni ex art. 73ter cpv. 1 OAI è infatti prorogabile soltanto se sono dati buoni motivi e la restituzione dei termini è concessa eccezionalmente se tanto il richiedente quanto il suo rappresentante sono stati impossibilitati ad agire entro il termine stabilito senza colpa propria: “(...) Wie der Versicherte zutreffend ausführen lässt, kann seitens der Verwaltung einer ausufernden Fristerstreckung bzw. einer Fristerstreckung ohne zureichenden Grund ein Riegel geschoben werden, indem sie prüft, ob für die Erstreckung ein Grund im Sinne der Rz. 3013.3 KSVI gegeben ist; damit ist dem Postulat der Verfahrensstraffung und -beschleunigung ausreichend Genüge getan. Nach Rz. 3013.3 kann eine Fristerstreckung in gut begründeten Fällen gewährt werden; eine Fristwiederherstellung kann nur in Ausnahmefällen und bei unverschuldeter Verhinderung sowohl der versicherten Person als auch ihres Vertreters bewilligt werden (Rz. 3013.4). (...)” (STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016, consid. 4.3.5). Riassumendo, il TF ha stabilito che il termine ex art. 73ter cpv. 1 OAI è un termine giudiziario e quindi prorogabile se dati sufficienti motivi. Nella fattispecie concreta, tuttavia, a ragione l’autorità giudiziaria aveva negato una violazione del diritto di essere sentito: “(...) Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Frist von Art. 73ter Abs. 1 IVV eine behördliche und daher bei Vorliegen von zureichenden Gründen erstreckbare Frist ist. In casu hat die Vorinstanz aber in zutreffender Weise die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verneint. (...)” (STF 8C\_372/2016 del 29 dicembre 2016, consid. 4.5). 2.1.4. Nel caso in esame, dopo l’emissione del progetto di decisione del 15 settembre 2015 (che ha accordato la possibilità di presentare entro 30 giorni eventuali osservazioni scritte e motivate, doc. AI 60/280-282), con scritto 14 ottobre 2015 l’avv. RA 1 ha informato l’Ufficio AI di aver assunto la rappresentanza dell’assicurata che non condivide il progetto e ha chiesto la trasmissione dell’incarto completo oltre alla concessione di “(...) un ulteriore termine di almeno 30 giorni a contare dalla ricezione dell’incarto per motivare meglio le mie argomentazioni (...)” (doc. AI 61/283). Dando immediatamente seguito alla richiesta del legale il 16 ottobre 2015 l’Ufficio AI gli ha inviato copia dell’incarto precisando che “(...) per effettuare osservazioni al nostro progetto di decisione del 15.09.2015 le concediamo eccezionalmente una proroga. Il termine è prorogato quindi terremo in considerazione tutta la documentazione che ci perverrà entro e non oltre il 31.10.2015.

(...)” (doc. AI 63/286). Con scritto del 20 ottobre 2015 – segnalato che il CD trasmesso contenente i dati dell’incarto non è leggibile – l’avv. RA 1 ha chiesto la trasmissione di “(...) un nuovo CD con il vostro incarto più completo e non da ultimo un’ulteriore proroga del termine sino al 30 novembre 2015. (...)” precisando che “(...) tale richiesta si giustifica al fine di poter esaminare l’incarto e presentare delle osservazioni con sufficiente cognizione; segnatamente, al fine di poter anche interpellare i medici curanti per un loro parere e la presentazione di ulteriori mezzi di prova. (...)” (doc. AI 64/287). Con lettera 21 ottobre 2015 l’Ufficio AI ha trasmesso all’avv. RA 1 un nuovo CD confermando “(...) che la proroga eccezionalmente concessa viene fissata per il 09.11.2015. Terremo pertanto in considerazione tutta la documentazione che ci perverrà entro e non oltre tale data. (...)” (doc. AI 65/289). Sempre l’avv. RA 1, con ulteriore scritto del 29 ottobre 2015 (doc. AI 66/290-292) – contestata la valutazione economica e osservato, tra l’altro, che l’aspetto medico è particolarmente complesso, che ha interpellato altri medici specialisti e che pertanto non gli è possibile rispettare il termine assegnatogli – ha chiesto “(...) l’opportunità a poter disporre un maggior lasso di tempo al fine di poter presentare le mie considerazioni unitamente ai rispettivi rapporti citati a titolo di ulteriori prove. (...)” (doc. AI 66/290). Al riguardo il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nell’annotazione del 12 novembre 2015, ha evidenziato che “(...) le indicazioni sono chiare: - Dal punto di vista neurologico IL massimo del 10% per interruzioni lavorative in caso di cefalee. - Dal lato oculistico non vi è impossibilità a svolgere lavoro al monitor. - Dal lato psichico viene negata una patologia psichica. Non posso che confermare le valutazioni del SAM. Dal punto di vista medico non riesco a seguire le interpretazioni del rappresentante legale. (...)” (doc. AI 67/293). Con scritto del 27 novembre 2015 (doc. AI 69/295-297) – allegando lo scritto a lui indirizzato del dr. \_\_\_\_\_ – l’avv. RA 1 ha comunicato all’Ufficio AI che suo malgrado non dispone ancora del parere dei medici interpellati ribadendo “(...) la necessità di poter ottenere maggior tempo al fine di potervi comunicare con cognizione di causa la mia opposizione con ulteriori mezzi di prova (...)” (doc. AI 69/295). Con scritto del 15 gennaio 2016 l’Ufficio AI ha informato l’avv. RA 1 che “(...) non concede ulteriori proroghe per l’inoltro di osservazioni al progetto di decisione sopraccitato. (...)” (doc. AI 70/298). Con lettera del 19 gennaio 2016 l’avv. RA 1 ha infine, tra l’altro, rilevato che “(...) nonostante tutti gli sforzi intrapresi ad oggi non sono purtroppo ancora in grado di potermi esprimere compiutamente in merito alla valutazione medica posta alla base del vostro progetto di decisione. Tale situazione non è imputabile all’assicurata o al sottoscritto ed in particolare siccome alcuni medici interpellati sino ad oggi, siccome confrontati con un sovraccarico di lavoro, sempre hanno declinato una disponibilità a dare un riscontro alle nostre domande. [...] A queste condizioni non ritengo pertanto corretto escludere per l’assicurata la possibilità di potersi esprimere in merito al vostro progetto se non solamente dopo aver anche potuto ottenere il parere dei suoi medici in merito alle vostre valutazioni. (...)” (doc. AI 71/299). Con la decisione impugnata, resa il 26 gennaio 2016 (doc. AI 72/301-304), l’Ufficio AI ha confermato il rifiuto a prestazioni prendendo così posizione in merito alle succitate osservazioni del legale dell’assicurata: “(...) In data 15.10.2015, 21.10.2015, 30.10.2015, 30.11.2015 e 20.01.2016 abbiamo ricevuto delle osservazioni al progetto del 15.09.2015, contestandolo sia dal lato medico che da quello economico, senza tuttavia allegare alcuna documentazione medica nonostante i nostri plurimi posticipi dei termini per inoltrare tale documentazione. Abbiamo sottoposto comunque le osservazioni al nostro Servizio Medico Regionale il quale ha concluso che non si individuano elementi di criticità giustificativi di una possibile revisione di quanto già valutato e risultato dalla

perizia pluridisciplinare SAM. Per quanto attiene alle osservazioni di carattere economico si fa notare come, contrariamente a quanto indicato nello scritto del 29.10.2015, l'assicurata non ha perso il suo posto di lavoro a causa della sua malattia ma a causa di una ristrutturazione aziendale, e quindi la sua rappresentata anche in assenza del danno alla salute avrebbe avuto la necessità di trovare un nuovo datore di lavoro. In definitiva la perdita economica che la Signora RI 1 ha a decorrere dal 01.04.2013 risulta essere unicamente del 10% risultante dalla sua inabilità lavorativa in attività abituale che avrebbe potuto e dovuto svolgere comunque presso un nuovo datore di lavoro. (...)" (doc. AI 72/303).

2.1.5. Da quanto suesposto – viste le proroghe concesse e le conseguenti diverse possibilità per il legale dell'assicurata di prendere posizione in merito al progetto di decisione del 15 settembre 2015 – vi è da chiedersi se l'Ufficio AI, rifiutando un'ulteriore proroga del termine (cfr. la lettera del 15 gennaio 2016 sub doc. AI 70/298), abbia effettivamente leso il diritto di essere sentito dell'assicurata. Infatti – come osservato dall'amministrazione – , da una parte, tra il progetto di decisione del 15 settembre 2015 e l'emanazione della decisione impugnata del 16 gennaio 2016 sono trascorsi ben quattro mesi e durante questo periodo l'insorgente avrebbe potuto prendere debitamente conoscenza dell'incarto e formulare le proprie osservazioni riservandosi eventualmente il diritto di produrre in sede di procedura ricorsuale successiva rilevante documentazione. Dall'altra parte – a differenza di quanto sostenuto in un primo tempo, e meglio che la proroga del termine era chiesta "(...) segnatamente, al fine di poter anche interpellare i medici curanti per un loro parere e la presentazione di ulteriori mezzi di prova. (...)" (doc. AI 64/287, la sottolineatura è del redattore) – in realtà l'insorgente ha presentato in corso di procedura delle perizie di parte (cfr. consid. 1.3) ciò che, oltre a necessitare di maggior tempo (come in concreto dimostrato), apparentemente va oltre l'interpellare i medici curanti affinché si esprimano sugli esiti degli accertamenti effettuati dall'Ufficio AI. All'Ufficio AI non può nemmeno essere rimproverato di non aver svolto i necessari accertamenti. A tal riguardo va ricordato che l'assicurata è stata sottoposta ad una perizia pluridisciplinare del SAM (cfr. doc. AI 58/211-277). Detto quesito non merita ulteriori approfondimenti. Infatti, a mente di questo Tribunale – viste le suesposte circostanze e conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.1.2) – , semmai una violazione del diritto di essere sentito fosse ravvisabile per il fatto di non aver concesso una ulteriore proroga, la stessa non può essere ritenuta grave ed è pertanto stata sanata in questa sede. Va inoltre evidenziato che le perizie di parte sono state sottoposte al SAM che si è riconfermato nelle proprie valutazioni con complemento peritale del 26 luglio 2016 (cfr. consid. 1.4 e 1.6). Dal canto suo l'insorgente ha potuto formulare le proprie osservazioni e produrre le risposte dei periti di parte coinvolti riguardo alla presa di posizione del SAM (cfr. consid. 1.7). Non va dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione per garantire il diritto di essere sentito – anche in caso di grave violazione – se una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse (di pari rango del diritto di essere sentito) della parte ad essere giudicata celermente (STF 935/06 del 21 febbraio 2008 consid. 7.1 con riferimento a DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, vedi anche STF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3). Va qui segnalata anche la STF 9C\_339/2016 dell'8 agosto 2016 nella quale l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) Mit Blick auf die gerügte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV; Art. 6 Ziff. 1 EMRK) ist einzig entscheidend relevant, dass sich die Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren sowie im nachfolgenden

Beschwerdeverfahren uneingeschränkt zum MEDAS-Gutachten vom 17. Juni 2014 äussern konnte, wovon sie auch Gebrauch machte (vgl. Eingabe im Vorbescheidverfahren vom 23. September 2014; vorinstanzliche Beschwerde vom 25. November 2014). Der Umstand, dass sie vor Erlass des Vorbescheides keine Gelegenheit zur Stellungnahme erhielt, führt nicht zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides (vgl. BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126). (...)” (STF 9C\_339/2016 dell’8 agosto 2016, consid. 3.1).

2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l’Ufficio AI ha negato a RI 1 il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.2). L’insorgente postula, in via principale l’annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento del diritto ad una rendita, subordinatamente il rinvio degli atti all’amministrazione per nuovi accertamenti medici ed economici (cfr. consid. 1.3).

2.3. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell’invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l’art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell’art. 16 LPGa, il grado d’invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l’assicurato conseguirebbe, dopo l’insorgenza dell’invalidità e dopo l’esecuzione di eventuali provvedimenti d’integrazione, nell’esercizio di un’attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell’(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l’invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall’assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l’Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un’invalidità ai sensi dell’art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico

morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 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). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.5. Nella fattispecie in esame – viste la richiesta del 9 luglio 2014 e le annotazioni del 22 luglio e dell'11 agosto 2014 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 33/161-162, 38/172 e 41/178) – l'Ufficio AI ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (cfr. consid. 1.2). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Emicrania senz'aura. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Progresse possibili cefalee tensive. Progressa resezione del muscolo corrugatore e blefaroplastica bilaterale, 4.3.2013. Cheratite bilaterale. Presbiopia. Lieve rallentamento attentivo emerso in prove di attenzione complessa. Dislipidemia (ipercolesterolemia). (...)" (doc. AI 58/255) Visti tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'A presenta una capacità lavorativa del 90% come direttrice di progetti. (...)" (doc. AI 58/233) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA

8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? L'A. è minimamente limitata dall'emicrania senz'aura che, in caso di crisi più intense, può costringere l'A. ad interrompere temporaneamente l'attività lavorativa, auspicabile dunque un'attività con

orario di lavoro flessibile. Per il problema oculistico l'A. è abile al lavoro al 100%, ma si consigliano attività in cui non debba rimanere sempre davanti a computer. 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 90%.

8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto (90%). 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Decade. 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 8.1.3

Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Dall'aprile 2013 (a un mese dall'intervento del 4.3.2013). 9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ

D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Come detto precedentemente si consiglia un'attività con orario flessibile senza la necessità di trascorrere tutto il tempo lavorativo davanti ad un PC. 9.1.2

Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. 90%. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto al 90%. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Decade. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate nella sopraccitata valutazione. 9.1.3

Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? Dall'aprile 2013 (a un mese dall'intervento del 4.3.2013). 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 100%. 9.2 Reintegrazione

professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? Sì. 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Si consiglia un'attività con orario flessibile e senza necessità di rimanere a lungo davanti ad un PC. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Decade. 9.3

Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Adeguatezza della terapia attuale, esigibilità di una terapia adeguata secondo le linee guida? È adeguata. 9.3.2 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Non siamo in grado di esprimerci. 9.3.3 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 10.1 Altri quesiti del Servizio Medico Regionale. Non sono posti. 10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. 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 58//233-236 e XXXI/1) La perizia del SAM è stata confermata dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale del 26 agosto 2015 (doc. AI 57/208-210). 2.6. Nell'ambito della procedura davanti a questo Tribunale l'insorgente ha prodotto la seguente documentazione medica: . "valutazione neuropsicologica del 26.11-07.12.2015" del 21 dicembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_, Psicologo spec. in psicoterapia e in neuropsicologia FSP, indirizzata al dr. \_\_\_\_\_ (doc. Z/3); . rapporto del 29 marzo 2016 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, indirizzato al dr. \_\_\_\_\_ (VI/1); . Perizia psichiatrica del 4 aprile 2016 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, indirizzata all'avv. RA 1 (VIII/1). Il dr. \_\_\_\_\_ – indicato quale motivo della richiesta "(...) Bilancio neuropsicologico volto a valutare lo stato cognitivo attuale e l'eventuale necessità di proseguimento del trattamento riabilitativo già in corso dal 21.09.2015. (...)" (doc. Z/3, pag. 1) – ha esposto dettagliatamente la diagnosi neuropsicologica, i dati anamnestici e la valutazione. Lo specialista – osservato in sede di conclusione, tra l'altro, che l'attuale esame neuropsicologico evidenzia difficoltà cognitive di grado lieve; che rispetto a quello effettuato presso la clinica \_\_\_\_\_ l'8 giugno 2015 emerge un miglioramento delle performances nei compiti complessi di attenzione selettiva e di attenzione alternata, soprattutto per quanto concerne la rapidità d'esecuzione; che il proseguimento dell'intervento specialistico di tipo neuropsicologico è ancora da ritenersi indicato e di fondamentale importanza per promuovere il massimo miglioramento cognitivo possibile e che è riconosciuto il fatto che i deficit cognitivi non esistano unicamente in casi di lesioni cerebrali per cui tali disturbi possono essere presenti anche nei casi di patologie somatiche, di dolore cronico o in altre situazioni di malattie psichiche non organiche – , dopo approfondito esame e valutazione ha, in particolare, concluso che: " (...) Le difficoltà cognitive rilevate sono da un punto di vista strettamente neuropsicologico di lieve entità ma, nel caso specifico della paziente, danno luogo a importanti ricadute funzionali soprattutto in merito all'ambito lavorativo. La professione svolta dalla paziente richiede infatti la massima efficienza dal punto di vista attentivo-esecutivo. La riduzione delle capacità cognitive, la presenza dei dolori e le difficoltà agli occhi generano nella paziente vissuti depressivi reattivi di moderata entità, come emerso dalla GDS (Geriatric Depression Scale). Le difficoltà principali fanno riferimento alla fatica di accettare le conseguenze dei propri limiti nella quotidianità, nell'interazione con gli altri e all'isolamento sociale (si veda la sezione colloquio clinico per la descrizione dettagliata dei sintomi emersi). Nonostante ciò la paziente afferma di voler continuare a impegnarsi personalmente e anche con l'aiuto delle terapie già in atto per raggiungere il massimo incremento possibile delle proprie capacità cognitive. Nonostante la presenza di vissuti depressivi (reattivi alle limitazioni cognitive attuali, al dolore e alle problematiche oculari) non è al momento da ritenersi indicata una presa a carico specialistica di tipo psicoterapeutico. La paziente afferma infatti di non sentirne la necessità e di essere comunque disposta a rivalutare-rivedere le proprie mansioni professionali, nel caso in cui fosse chiaro al termine del trattamento neuropsicologico che non le è più possibile riappropriarsi in maniera completa delle proprie capacità cognitive come in passato. (...)" (doc. Z/3, pagg. 7-8) Il dr. \_\_\_\_\_ – descritta in modo approfondito e dettagliato l'anamnesi familiare personale e sociale; le abitudini; la terapia attuale; la storia delle terapie farmacologiche, della malattia e delle valutazioni specialistiche; i certificati medici; i sintomi attuali; l'anamnesi per sistemi; i questionari; i test cognitivi; l'esame neurologico e generale e il laboratorio – , dopo attento e approfondito

esame dei criteri diagnostici secondo la classificazione IHS-II, ha rilevato, in particolare, che "(...) nella valutazione del perito neurologo SAM (Dr \_\_\_\_\_) viene formulata solo la diagnosi di emicrania senza aura. L'incapacità lavorativa è stimata solo al 10%. Non viene fatto nessun riferimento alla possibilità di una cefalea da uso eccessivo di farmaci analgesici. Ai fini di tale diagnosi non viene considerato il fatto che la paziente faceva uso regolare di farmaci antalgici da anni e che la dose e la frequenza di assunzione di tali farmaci era sicuramente più elevata (in termini di giorni di trattamento al mese non inferiore a 10-15 cpr/mese) e che la paziente assume un farmaco senza prescrizione medica che consiste nell'associazione di più sostanze attive, e questo da 30 anni. Anche nella documentazione generale, non neurologica, del SAM l'assunzione di farmaci antalgici in particolare del Thomapyrin ®, anche se sottostimata, è riportata già con valori sufficienti per porre la diagnosi di cefalea da uso eccessivo di farmaci antalgici. Nella valutazione del Dr \_\_\_\_\_ non viene fatto riferimento alla diagnosi di probabile emicrania cronica (i criteri diagnostici IHS-II sono invece giustificati nel caso della paziente). Il dr \_\_\_\_\_ consiglia di "proseguire con l'assunzione di analgesici al bisogno come la paziente fa", quando invece, l'assunzione di farmaci antalgici è presumibilmente la causa della cefalea della paziente. Il dr \_\_\_\_\_ non dà nessuna raccomandazione sul tipo esatto e la frequenza corretta di farmaci antalgici da assumere. Come casalinga, la paziente è considerata abile al lavoro nella misura del 100% dal Dr \_\_\_\_\_. Il dr \_\_\_\_\_ non fa tuttavia alcun riferimento alle conseguenze sull'umore e i disturbi cognitivi che accompagnano generalmente le cefalee croniche o le sindromi dolorose croniche in generale. Il dr \_\_\_\_\_ non fa uso di alcun questionario standardizzato per misurare la disabilità dovuta all'emicrania (anche solo nel caso di crisi acute di emicrania e quindi non solo nel caso dell'emicrania cronica) o per valutare le sue conseguenze cognitive e psicologiche. Anche nei rapporti del 7.05 et del 19.6 del Dr \_\_\_\_\_ della clinica \_\_\_\_\_ non viene fatto alcun riferimento all'uso regolare di Thomapyrim ® né ad alcuna diagnosi specifica neurologica o psichiatrica. Nella cefalea da uso eccessivo di farmaci antalgici (come nell'emicrania cronica o nella crisi emicranica) un'ipersensibilizzazione delle ramificazioni terminali del nervo trigemino, a localizzazione facciale, è frequente. Questo fenomeno spiegherebbe in effetti anche i disturbi di tipo nevralgico che la paziente localizzava a livello della regione frontale sinistra e che avrebbero portato alla diagnosi di nevralgia del nervo sopraorbitario prima dell'intervento chirurgico. La diagnosi di nevralgia del nervo sopraorbitario (secondo i criteri IHS-II), è una patologia estremamente rara generalmente e apparentemente improbabile nel caso della paziente. Tale diagnosi viene posta solo con la risoluzione della sintomatologia con un blocco anestetico del nervo, procedura mai effettuata sulla paziente. Il trattamento corretto della nevralgia del nervo sopraorbitario consiste nel blocco anestetico del nervo o nella sua rimozione e non nella rimozione del muscolo corrugatore. Non è chiaro inoltre perché la rimozione del muscolo sia stata bilaterale per la paziente. Anche il trattamento chirurgico di rimozione del muscolo corrugatore per il trattamento dell'emicrania è un trattamento fortemente criticato dalle società internazionali di neurologia, non ha basi scientifiche sufficienti, e si associa ad un alto rischio di recidiva delle cefalee in un breve tempo. Inoltre il trattamento con infiltrazioni di Botox ® nel muscolo corrugatore dovrebbe portare agli stessi risultati dell'intervento senza bisogno di un trattamento chirurgico. (...)" (VI/1, pagg. 10-11). Il dr. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che: "(...) la paziente presenta, oltre alla diagnosi di emicrania senza aura (diagnosi considerata dal perito SAM), altre patologie neurologiche, che, secondo i criteri internazionali, corrispondono a diversi tipi di cefalea

cronica, tra le quali una cefalea cronica da uso eccessivo di farmaci analgesici. Non è possibile avanzare ulteriormente nel processo diagnostico se non viene effettuato un programma di sospensione dei farmaci analgesici, programma che consiglio di effettuare secondo i protocolli standard e internazionali delle società di neurologia in ambito ospedaliero universitario (ricovero) con la supervisione di neurologi specializzati nel trattamento delle cefalee (servizio neurologico dell'ospedale universitario di \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_). Resto a disposizione per discutere con il medico curante Dr \_\_\_\_\_ le modalità di tale trattamento o la sua organizzazione. Al momento, e almeno dal 2012, le diagnosi neurologiche e i disturbi cognitivi e dell'umore associato non sono compatibili (invalidità dell'80%) con le funzioni manageriali svolte dalla paziente nell'ultima attività professionale svolta. Anche l'attività di casalinga è ridotta, per le stesse ragioni, questa nella misura del 50%. La prognosi è difficile da determinare (ma potrebbe essere favorevole) senza procedere prima ad un trattamento di sospensione dei farmaci analgesici e al trattamento della sindrome depressiva. (...)" (VI/1, pag. 14) Il dr. \_\_\_\_\_ – indicate le basi della perizia (meglio: gli incontri effettuati presso il suo studio; i contatti telefonici; la valutazione testistica e gli atti ricevuti) ed esposti in modo approfondito l'anamnesi; i dati soggettivi; la valutazione testistica; le constatazioni obiettive e le conseguenze sull'attività lavorativa – quale diagnosi psichiatrica con ripercussioni sulla capacità lavoro ha posto quella di "(...) Sindrome depressiva ricorrente, di entità media-grave (ICD-10; F33.1/2) (...)" (VIII/1, pag. 17). Lo specialista – rilevato che "(...) con un'anamnesi molto parziale, una valutazione clinica ridotta, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ descrive le conseguenze sulla capacità di lavoro secondo lo schema MINI-ICF-APP, ove non emergerebbe nessuna sintomatologia riduttiva o frenante rispetto alle possibili capacità di lavoro della Signora RI 1. Di conseguenza la Dr.ssa \_\_\_\_\_ concluderebbe per una assenza di diagnosi psichiatrica. (...)" (VIII/1, pag. 20) – nella valutazione e prognosi ha, in particolare, osservato che: "(...) Dalla valutazione invece emerge una problematica psichiatrica significativa, diametralmente diversa da quella che è stata vista e analizzata dal perito della AI del maggio/giugno del 2015. Dall'anamnesi approfondita effettuata durante gli incontri peritali è emersa la presenza di una sofferenza significativa già durante l'infanzia, quando la Signora RI 1 era stata sottoposta a prevaricazioni continuative da parte della madre, con ripetuti rimproveri e punizioni. È fondamentale la conoscenza di questo periodo infantile-adolescenziale della Signora RI 1, per poter comprendere lo sviluppo dei tratti della personalità e della psicopatologia attuale. Tratti della personalità che si sono sviluppati in modo tale che non dipendesse da nessuno nella propria vita e di essere autonoma e diventare lei stessa leader, per poter riuscire a proteggersi da quanto aveva subito durante l'infanzia. Tratti che rientrano nella dimensione anancastica con preoccupazione per i dettagli, le regole, l'ordine, l'organizzazione, i programmi; presenza di perfezionismo, di una coscienza eccessiva per la produttività, fino all'esclusione del piacere, ecc. Nel MMPI-2 emerge come addirittura abbia cercato di dare un'immagine positiva di se stessa, piuttosto che un'immagine realisticamente attinente alla sua psicopatologia attuale. Dal test è emerso come vi siano numerosi disturbi somatici e come abbia sempre avuto difficoltà a percepire la natura psicologica di questi disturbi. Si è ben evidenziato come la componente ansiosa si esprima attraverso i sintomi somatici e come la presenza di elementi depressivi siano stati confermati ampiamente. Dalla valutazione testistica emergerebbe una riduzione dello slancio vitale, una perdita di interessi, una visione negativa, una svalorizzazione, un sentimento di inutilità, nonché dubbiosità e diminuito del SÈ. Pertanto già da questa valutazione emerge la presenza di una chiara psicopatologia depressiva in essere.

Rammento che la Dr.ssa \_\_\_\_\_ non ha utilizzato nessun tipo di valutazione testistica per cercare, in qualche modo, di depistare la presenza di una psicopatologia psichiatrica. Anche dalla valutazione del TCI, gli elementi della personalità che ci fanno comprendere il suo stato psicopatologico attuale quali, un'instabilità, un'irrequietezza, elementi di esitazione e di dubbiosità, nonché la presenza di una importante ansietà, una facile affaticabilità con la tendenza all'astenia e la perdita di energia significativa, risultano in modo cristallino. (...)" (VIII/1, pag. 20) Il dr. \_\_\_\_\_ – illustrate le caratteristiche della sindrome depressiva ricorrente e le differenze tra quella di entità lieve, media e grave – ha quindi concluso che "(...) la Signora RI 1 presenta i tre sintomi principali ovvero una depressione del tono dell'umore, la perdita degli interessi e della capacità di provare piacere con riduzione dell'energia e aumentata affaticabilità. Inoltre presenta, degli altri sintomi, una significativa riduzione dell'attenzione e della concentrazione, con marcata riduzione dell'autostima e della fiducia in sé, idee di inutilità, con visione pessimistica del futuro, disturbi del sonno e alterazione dell'appetito. Pertanto presenta tutti i sintomi che portano a porre la diagnosi di Sindrome depressiva persistente di entità medio-grave, con un'inabilità lavorativa dell'80%, in modo definitivo. (...)" (VIII/1, pag. 22). Sempre il dr. \_\_\_\_\_, alle domande postegli dall'avv. RA 1, ha così risposto: " (...) 1. Seguendo gli standard stabiliti dalla società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia nelle "Linee guida per la qualità delle perizie psichiatriche nell'Assicurazione Federale per l'invalidità" è possibile eseguire una perizia psichiatrica mediante due soli colloqui ad una distanza di soli venti giorni circa l'una dall'altra? Secondo gli standard stabiliti dalla società Svizzera di Psicoterapia rammento che espressamente si legge " ... per l'intervista si raccomanda di prevedere una durata adeguata. In particolare nel caso di una prima perizia, di quadri clinici complessi, di difficoltà di comprensione, etc., può essere opportuno incontrare la persona più volte ... " . Nelle raccomandazioni sullo svolgimento di un'intervista espressamente si legge " ... scopo di un'iniziale libera espressione nel colloquio è di permettere al periziando di lasciare emergere i suoi sentimenti soggettivi e le sue valutazioni, per farsi così una prima idea un po' più precisa sulle caratteristiche basilari della sua personalità, del suo vissuto, del suo comportamento e dell'organizzazione della sua relazione sociale ... " . Inoltre diventa importante anche un'analisi e conoscenza completa della giornata del periziando. Nella valutazione peritale della Dr.ssa \_\_\_\_\_ diversi elementi raccomandati dalla Società Svizzera Psichiatria e Psicoterapia per la qualità delle perizie psichiatriche per l'Assicurazione Federale per l'invalidità, sono mancanti. Sicuramente sarebbe stato preferibile che il perito avesse potuto vedere la Signora RI 1 a più riprese per potere avere una conoscenza più profonda della storia personale completa e complessa della peritanda. 2. Per valutare la presenza di pregiudizi psichiatrici, oltre a quanto eventualmente già eseguito dalla Dr.ssa Med. \_\_\_\_\_ sono possibili altri test specifici oppure è solo possibile una valutazione prettamente a carattere personale-soggettiva? Per la sua valutazione, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha tenuto conto della più recente Giurisprudenza del Tribunale Federale (INC-N-9C-492/2014 di cui alla lettera 334 dell'Ufficio Federale dell'Assicurazioni Sociali)? Sicuramente si sarebbero potute effettuare dei test specifici per valutare gli elementi del temperamento, del carattere e della psicopatologia depressiva in atto per la Signora RI 1. Nella valutazione attuale sono stati utilizzati l'MMPI-2 e il TCI. Da quanto emergerebbe dalla valutazione peritale della Dr.ssa \_\_\_\_\_ ella non ha approfondito nella sua analisi specialistica tutte le nuove procedure di istruzione per i disturbi psicosomatici del 3 giugno del 2015. 3. I pregiudizi di cui soffre l'Assicurata già a far tempo dal 2013 è possibile che non abbiano mai influenzato negativamente la sua capacità

lavorativa residua (evoluzione della malattia)? L'Assicurata soffre ancora oggi di pregiudizi pregiudicanti la sua attività lavorativa? Nell'attività di capo team come Ingegnere Informatico? In attività lavorative adeguate semplici e ripetitive? Si prega di vedere l'analisi complessa che ho descritto nella valutazione e prognosi. Sicuramente la Signora RI 1 non è più in grado di essere capo team come Ingegnere Informatico. Anche in attività lavorative adeguate, semplici e ripetitive ella ha perso le sue capacità lavorative. In effetti durante il mese di febbraio ha tentato di rientrare nell'attività lavorativa, attraverso dei mandati specifici, che però non è riuscita a portare avanti proprio per la sua incapacità a riuscire a concentrarsi, ad avere l'attenzione, la concentrazione, la persistenza, l'affidabilità e la costanza. 4. Dal suo punto di vista, dopo aver eseguito tutti i colloqui necessari e seguito di tutte le Direttive vincolanti, ha potuto constatare la presenza di pregiudizi psichiatrici pregiudicanti la capacità lavorativa? Se sì, di quali pregiudizi soffre l'Assicurata (descrizione mediante sistema di classificazione riconosciuto scientificamente ICD-10)? Quale attività professionale ritiene che non siano più esigibili dall'Assicurata e ciò con riferimento al periodo già a contare dal 2013? Quale attività non può essere considerata adeguata? (attività di responsabilità? presenza ininterrotta sul posto di lavoro? capacità di gestire il personale? Resistenza allo Stress? etc.). Si prega di vedere la risposta esauriente al capoverso valutazione e prognosi. Aggiungo che da quanto emerge dall'anamnesi approfondita che è stata fatta nell'attuale valutazione peritale la Signora RI 1 aveva già perso le sue capacità lavorative a partire dal marzo del 2013. Già da allora era inabile al lavoro nella misura di almeno l'80%. Ella non è più in grado di avere nessuna attività lavorativa lavorativa, pertanto non è possibile ipotizzare che possa avere attività di responsabilità piuttosto che di gestione del personale o di una presenza ininterrotta sul posto di lavoro o resistere allo stress. In effetti la Signora RI 1 non è in grado di riuscire ad avere più una costanza, un'affidabilità e una regolarità in nessun posto di lavoro. Anche rispetto allo stress lavorativo non ha più le capacità dal punto di vista psicologico e dal punto di vista cognitivo per affrontarli. Presenta uno stato psicopatologico caratterizzato da una sindrome depressiva in atto che riduce di molto la sua persistenza e affidabilità, inoltre la presenza di una sintomatologia somatica sotto forma di emicranie continuative e astenia, nonché dolori diffusi, riducono di molto la sua capacità lavorativa, almeno nella misura dell'80%. 5. Tanto nell'ultima attività svolta come Capo Ingegnere Informatico di un team composto da più di dieci persone quanto in attività lavorative adeguate, come valuta già a far tempo dal 2013 l'evolversi della capacità lavorativa dell'Assicurata? Come detto nella mia risposta alla domanda 4 già dal marzo del 2013 ella aveva un'incapacità lavorativa completa. 6. Ha ulteriori osservazioni da formulare tanto in merito alla perizia quanto in merito allo stato di salute con conseguente influenze sulla capacità di lavoro dell'Assicurata? Considerato quanto emerso dall'attuale valutazione peritale la Signora RI 1 presenta un'incapacità lavorativa almeno dell'80% e questo per un periodo di tempo continuativo e indeterminato. In effetti la problematica si è progressivamente radicalizzata in questi tre anni (a partire almeno dal marzo del 2013) sino a portare ad una fragilizzazione su tutti i campi della sua vita, sia sociale, sia relazionale, sia lavorativa che somatica. Ha perso le sue capacità che aveva con tanto impegno gestito, resistendo a stress molto elevati, durante tutti gli anni di lavoro. Durante la valutazione peritale ha comunque richiesto espressamente di poter essere seguita dal punto di vista psichiatrico, per iniziare una farmacoterapia, che è stata impostata verso la metà di marzo con un antidepressivo a doppia azione, sia sulla sintomatologia depressiva che su quella del dolore. Inoltre rinforzerà la psicoterapia cognitivo comportamentale e psicodinamica presso il Dr. \_\_\_\_\_ (...)"

(VIII/1, pagg. 22-24) 2.7. I periti del SAM – invitati dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ a prendere posizione in merito alla succitata documentazione (cfr. XII/1) – nel complemento peritale del 26 luglio 2016 (XX/2), dopo aver riassunto gli atti con sottolineature (XX/2 pagg. 1-36), hanno compiutamente e esaustivamente preso posizione sull'ulteriore documentazione medica loro sottoposta. I periti hanno innanzitutto evidenziato che "(...)" per poter capire a fondo questo caso, in considerazione delle contraddizioni che risultavano agli atti rispetto alle varie valutazioni neuropsicologiche, in particolare quella della Clinica \_\_\_\_\_, valutazione dell'8.6.2015 e rapporto datato 25.6.2015 con la valutazione neuropsicologica del neuropsicologo, psicologo e psicoterapeuta Dott. \_\_\_\_\_ del 21.12.2015; nonché la valutazione del neurologo Dr. med. \_\_\_\_\_, abbiamo chiesto il parere del nostro consulente Dott. \_\_\_\_\_. Infatti la prima dava un risultato normale, la seconda, seppur veniva attestato un miglioramento rispetto alla precedente, concludeva per una difficoltà cognitiva di grado lieve. Per districarsi in queste valutazioni divergenti (la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ concludeva per disturbi cognitivi lievi-moderati) sono quindi stati sottoposti i due test anonimizzati al neuropsicologo Dott. \_\_\_\_\_, che esegue pure delle valutazioni per il SAM, chiedendo di valutare i due rapporti. Non gli abbiamo detto chi li ha fatti, abbiamo solamente descritto trattarsi di una signora nata nel 1958 e la data dell'esecuzione dei due test neuropsicologici. Il nostro consulente, Dott. \_\_\_\_\_, ha risposto quanto segue: "Cara \_\_\_\_\_, ho analizzato le due tabelle che mi hai mandato e le ho messe a confronto. Nella 1° valutazione (06.2015) l'assicurata ha ottenuto punteggi inferiori alle attese in alcune prove di attenzione. Tutto il resto è nella norma. La 2° valutazione (12.2015) mostra un miglioramento agli stessi test attentivi, con prestazioni che rientrano nella norma. Tutte le altre funzioni continuano ad essere nella norma. Sia nella 1° che nella 2° valutazione il/la collega ha riportato di fianco ad alcuni risultati l'etichetta "nella norma inferiore", forse per dare peso a qualcosa che ha osservato clinicamente. Tuttavia "nella norma inferiore" è NELLA NORMA: non è indice di difficoltà e avrebbe potuto essere riportato anche per altri test, il cui esito è risultato in questa fascia. Sulla base delle prestazioni fornite nelle due occasioni non vedo deficit chiaramente oggettivati. Vedo piuttosto un miglioramento significativo nell'attenzione, capacità delicata ed importante. Immagino pertanto un'assicurata con un funzionamento cognitivo nella norma. Spero di aver soddisfatto la tua domanda ma se hai altri quesiti resto volentieri a disposizione." Nelle conclusioni il Dott. \_\_\_\_\_ conclude che, sulla base delle prestazioni fornite nelle due occasioni non vede deficit chiaramente oggettivati nelle due valutazioni neuropsicologiche, la prima del giugno 2015, la seconda del dicembre 2015. Vede piuttosto un miglioramento significativo nell'attenzione. Immagina pertanto un'A. con funzionamento cognitivo nella norma. Ora, questa valutazione non chiarisce quindi la presa di posizione del Dr. med. \_\_\_\_\_ che, nella sua perizia di parte del 29.3.2016, nelle diagnosi pone quella di disturbo cognitivo moderato-lieve (memoria di lavoro e attenzione sostenuta), dovuto a patologie multiple (cefalea da farmaci, emicrania cronica, cefalea di tensione cronica con ipersensibilità dello scalpo, sindrome depressiva severa, diagnosi attiva probabilmente dal 2012). (...)" (XX/2, pagg.36-37). Di seguito i periti del SAM – evidenziate dettagliatamente le incongruenze in cui sarebbero incappati i periti di parte – , avuto riguardo all'aspetto neurologico, si sono allineati completamente alla presa di posizione del consulente dr. \_\_\_\_\_ del seguente tenore: " (...)" "In riferimento alla Vostra lettera del 12 aprile 2016 ho preso atto della nuova documentazione concernente questa A. (Assicurata). In particolare per quel che riguarda gli aspetti neurologici vi sono una valutazione neuropsicologica redatta dal dott. \_\_\_\_\_, psicologo specialista in

psicoterapia e neuropsicologia, datata 21 dicembre 2015 e un rapporto del Dott.

\_\_\_\_\_, specialista FMH neurologia alla Clinica \_\_\_\_\_, datato 29.03.2016.

Ricordo di avere valutato l'A. dal punto di vista neurologico il 10 giugno 2015, giungendo alla diagnosi di emicrania senza aura; inoltre pregresse possibili cefalee tensive e stato da asportazione chirurgica del muscolo corrugatore della fronte. In occasione della valutazione del 10 giugno 2015 l'A. riferiva che le cefalee avevano avuto una evoluzione favorevole con miglioramento a partire dal marzo 2013: affermava che le crisi di cefalea si manifestavano al massimo una o due volte per settimana e che, riuscendo a prendere tempestivamente Thomapyrin, queste arrivavano a durare al massimo una o due ore, la durata massima di una crisi risultava essere di quattro o cinque ore. Riferiva inoltre di assumere al massimo 8 pastiglie di Thomapyrin al mese. L'A. non aveva inoltre posto l'accento su eventuali difficoltà dal punto di vista cognitivo ma, interrogata in modo mirato in proposito, affermava di notare da una decina di anni dimenticanze e disturbi di concentrazione, aveva d'altro canto l'impressione che le difficoltà cognitive fossero più evidenti quando doveva eseguire banali attività casalinghe mentre queste le sembravano avere un impatto minore su attività impegnative come anche quelle professionali. Sulla base degli elementi a disposizione si riteneva l'A. inabile al lavoro in misura massima del 10% per quel che riguarda gli aspetti neurologici. Nella valutazione neuropsicologica datata 21 dicembre 2015 viene posta la diagnosi di "difficoltà cognitive di grado lieve" con ridotte abilità di memoria di lavoro, ridotte capacità di attenzione sostenuta nello svolgimento di compiti semplici ma prolungati nel tempo. Si riferisce in particolare che l'A. ha notato un "globale miglioramento della propria condizione nel corso degli ultimi sei mesi", pur continuando a notare limitazioni cognitive con ricaduta importante sulle attività della vita quotidiana. Alla valutazione risultano intatte le funzioni esecutive, verbali e di calcolo, percettivognosiche e prassiche. Si ritiene che i deficit cognitivi constatati siano spiegati dagli esiti dell'operazione subita nel mese di marzo 2013 e nell'ambito di una patologia da dolore cronico. A questo proposito sottolineo gli aspetti seguenti: • L'esame neurologico e la RM cerebrale eseguita in passato sono risultati sempre perfettamente normali, senza assolutamente elementi oggettivi in favore di un danno cerebrale. • L'intervento chirurgico subito dalla paziente il 4 marzo 2013 ha interessato unicamente il muscolo corrugatore della fronte. Si è trattato dunque di un intervento chirurgico che non può avere in alcun modo conseguenze sulla funzione cerebrale dell'A. essendo limitato al tessuto sottocutaneo frontale, dunque al di fuori della scatola cranica e senza possibili anche solo teoriche ripercussioni a livello del sistema nervoso centrale. • I disturbi cognitivi sono presenti anamnesticamente da una decina di anni e dunque l'A. li avrebbe notati ben prima dell'intervento in questione. • Infine si tratta di deficit lievi, che fino al 2013 avevano permesso comunque all'A. di svolgere un'attività lavorativa e che, vista la loro entità e l'assenza di altre patologie neurologiche oggettive, possono ben essere ugualmente interpretati nell'ambito della sindrome depressiva. La loro entità ed anche l'assenza di patologie neurologiche maggiori sottogiacenti permettono di affermare che questi reperti non determinano una incapacità lavorativa e sicuramente arrivare ad affermare che queste portano ad una incapacità lavorativa del 100% risulta essere una forzatura importante del reperto. Discuto ora la valutazione neurologica del dott. \_\_\_\_\_. Innanzitutto rilevo che si tratta di un documento datato il 29 marzo 2016, riferito però ad una valutazione del 15 e 16 marzo 2015, dunque redatto ad oltre un anno dalla valutazione clinica. Si presume dunque che quanto riportato in questo documento si riferisca alla situazione fino al più tardi al 16 marzo 2015 e non a quanto avvenuto successivamente. Si riportano le diagnosi principali di: •

Probabile cefalea da uso eccessivo di farmaci analgesici • Probabile emicrania cronica • Cefalea di tensione cronica associata a dolorabilità dei muscoli pericranici • Emicrania senza aura • Disturbo cognitivo moderato-lieve dovuto a patologie multiple (cefalea da farmaci, emicrania cronica, cefalea di tensione cronica con ipersensibilità dello scalpo, sindrome depressiva severa) • Sindrome depressiva di entità moderata-severa con disturbi del sonno • Intervento di rimozione dei due muscoli orizzontali corrugatori della fronte (indicazione operatoria probabilmente non giustificata sia per l'emicrania sia per il trattamento di una discutibile diagnosi di nevralgia del nervo sovraorbitario sinistro) e di blefaroplastica bilaterale moderata • Cheratite secca bilaterale. Riprende poi i dati anamnestici e descrive lo stato neurologico. Pone in particolare l'accento sul fatto che l'A. ha assunto per molti anni farmaci analgesici in modo eccessivo. A questo proposito osservo innanzitutto che viene confermata la diagnosi di emicrania senza aura. Rilevo nei dati anamnestici una grossa discrepanza tra quanto indicato nel rapporto del dott. \_\_\_\_\_ e quanto riferito all'anamnesi dalla paziente stessa in occasione del 10 giugno 2015. In questa occasione l'A. riferiva che le cefalee sono migliorate a partire da marzo 2013, si manifestano al massimo una o due volte per settimana e che la loro durata massima è di 4-5 ore e che talvolta possono durare anche solo una o due ore. Arrivava ad assumere al massimo 8 pastiglie di analgesico (Thomapyrin) al mese. Effettivamente aveva confermato che in passato il consumo di analgesici era molto maggiore ma questo si riferiva alle fasi precedenti il marzo 2013. I dati anamnestici forniti dall'A. erano ben precisi e in particolare, anche come riferito dal Dott. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione, per porre la diagnosi di cefalea da uso eccessivo di farmaci si richiede che questo superi, a dipendenza del farmaco, almeno 10-15 giorni al mese. E' significativo a questo proposito che anche in occasione di altre valutazioni neurologiche, come quella del dott. \_\_\_\_\_ della clinica \_\_\_\_\_ nel 2014, non si faccia riferimento all'uso regolare di analgesici. Sulla base di quanto riferito anamnesticamente dalla paziente in occasione della valutazione del 10 giugno 2015 non vi erano dunque dati anamnestici che portassero a diagnosticare una cefalea da uso eccessivo di farmaci analgesici e questo almeno a partire da marzo 2013. La paziente stessa ammetteva che l'evoluzione delle cefalee era, in giugno 2015, "abbastanza soddisfacente" e si tratta questo di un dato che era stato discusso in dettaglio e confermato a più riprese durante la valutazione. Non sono in grado di dare una spiegazione delle grosse discrepanze tra quanto riferito dalla paziente e riportato nella mia valutazione e quanto riportato da parte del dott. \_\_\_\_\_: sembra comunque che si facesse riferimento piuttosto anche all'evoluzione precedente il 2013. Malgrado fino al 2013 le cefalee avessero apparentemente avuto una evoluzione più sfavorevole, l'Assicurata aveva continuato ugualmente a lavorare al 100% fino al licenziamento a causa di ristrutturazione della ditta, avvenuto nel giugno 2013: dunque le cefalee non avevano avuto, anche nella loro fase maggiormente sintomatica e con decorso sfavorevole, un influsso sulla capacità lavorativa dell'A. e lo hanno ancora meno dunque ora che la loro evoluzione risulta essere chiaramente più favorevole. Sulla base di queste considerazioni ritengo di poter confermare la valutazione del giorno 11 giugno 2005 e in particolare che le cefalee in questo caso determinano al massimo una incapacità lavorativa del 10%, tenendo conto dell'evoluzione descritta." (...)" (XX/2, pagg. 41-44) I periti del SAM si sono allineati anche alle prese di posizione del 18 e del 26 aprile 2016 nelle quali la consulente oftalmologica, dr.ssa \_\_\_\_\_, e quella psichiatrica, dr.ssa \_\_\_\_\_, si sono così espresse: "(...) come ti ho informato telefonicamente ti confermo che la documentazione inviata mi il 12.4.2016 non cambia nulla per quel che riguarda la mia valutazione oftalmologica. [...] In risposta

alla tua richiesta di presa di posizione sul caso in oggetto, ho preso visione della nuova corposissima e dettagliata documentazione ricevuta, che descrive una condizione psichica, completamente diversa rispetto a ciò che ho avuto modo di osservare e alla base del mio consulto. Sulla base di ciò, ritengo se tu sei d'accordo, di rivedere la signora RI 1 per poter procedere ad un completamento peritale (...)” (XX/2, pag. 53). Sempre i periti del SAM – esposte diffusamente le ragioni per le quali le perizie di parte non sarebbero in grado di confutare la loro valutazione – hanno concluso che gli atti loro sottoposti: " (...) 1) Non evidenziano una relazione tra la perdita del lavoro e un danno alla salute, attestando entrambe le perizie di parte un'inabilità lavorativa a partire da marzo 2013 (successiva al licenziamento del dicembre 2012). 2) Le valutazioni sono tendenziose: degli esami neuropsicologici normali a giugno 2015 (Clinica \_\_\_\_\_), diventano leggermente deficitari a dicembre 2015 pur attestando un miglioramento rispetto a giugno 2015 e gli stessi esami addirittura portano alla diagnosi di deficit lievi-moderati (vedi perizia del marzo 2016 Dr. med. \_\_\_\_\_). 3) La valutazione neurologica del Dr. med. \_\_\_\_\_ descrive tre tipi di cefalea presenti: l'una da 30 anni (pagina 6 della perizia), "dal 1978 tale tipo di crisi si presenta con una frequenza media di 1-4 (media 2) episodi a settimana (fino ad un massimo di 4-5 giorni di dolore emicranico per settimana), avendo le crisi una durata variabile di otto ore in un giorno, rispondente a 2 past. di Thomapyrin prese a distanza di quattro ore il giorno delle crisi". "La frequenza delle crisi è in leggera diminuzione nel corso degli ultimi tre mesi. Durante la crisi emicranica l'A. non può svolgere alcuna attività intellettuale. Le caratteristiche di queste cefalee sono rimaste invariate dall'età di 20 anni. L'altro tipo di cefalee è presente da più di 15 anni come "sensazione di pressione dolorosa ... " "si tratta di un dolore più moderato (3-10/10 su una scala VAS) il Thomapyrin o altri farmaci non hanno alcun effetto. Questo già dall'inizio degli anni 2000. Vi è poi un terzo tipo di dolore cefalgico, localizzato alla fronte bassa, regione sopraorbitaria bilaterale, questo dolore è presente dall'intervento del marzo 2013. Ora è chiaro che questa descrizione non è compatibile con la storia lavorativa dell'A. e con i successi da lei ottenuti. Come è possibile che l'A. aveva fino a un massimo di 4-5 giorni a settimana l'emicrania e le crisi della durata variabile di otto ore in un giorno ed aver potuto lavorare con successo per tutti questi anni? Queste affermazioni non possono che essere inveritiere. Poco si capisce come mai nella perizia SAM l'A. affermi un miglioramento delle cefalee negli ultimi mesi così come anche nella perizia dei Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_ (dove si afferma un miglioramento negli ultimi tre mesi) e viene attestata un'inabilità lavorativa all'80%. Viene posta la diagnosi di emicrania da abuso di farmaci quando l'A. ha attestato (e scritto) l'assunzione di al massimo 2 past. di Thomapyrin (vedi anamnesi SAM e cronistoria dell'A. all'Ufficio AI del Canton Ticino del 26.6.2015; vedi pure valutazione Dr. med. \_\_\_\_\_, dove l'A. afferma di NON assumere analgesici). 4) Prendiamo atto che il Dr. med. \_\_\_\_\_ non pone alcuna diagnosi in relazione ad un disturbo di personalità o a un disturbo somatoforme, giungendo alle stesse conclusioni della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, risultando più esoso di quest'ultima. Non si capisce quindi quali test avremmo dovuto eseguire se non vi erano diagnosi in tal senso da porre. 5) I periti di parte Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_ hanno proposto un costrutto diagnostico, a cui essi stessi sembrano non credere: - il Dr. med. \_\_\_\_\_ fa un'ipotesi diagnostica di probabile cefalee da abuso di farmaci, quando un semplice esame del tasso dei farmaci avrebbe permesso di accertare tale ipotesi e ad oggi una disassuefazione non sembra sia stata intrapresa e questo malgrado la gravità attestata (incapacità lavorativa dell'80%), il tutto in netta contraddizione con numerose affermazioni e scritti dell'A. stessa

ca. le dosi dei farmaci assunti; - il Dr. med. \_\_\_\_\_ diagnostica un disturbo depressivo ricorrente pur se fino al 2016 nessun medico specialista abbia mai posto una diagnosi in tal senso, non rispettando quindi i criteri ICD-10 per porre una tale diagnosi che impone la presenza di un episodio o più episodi ripetuti nel passato. Pur considerando il quadro clinico grave con incapacità lavorativa all'80% il Dr. med. \_\_\_\_\_ attende ben oltre due mesi (prima visita 19.1 e ultima visita il 14.3.2016) senza intraprendere un trattamento psicofarmacologico adeguato. Il 15.3 e il 16.3.2016 presso il Dr. med. \_\_\_\_\_ l'A. ha infatti affermato (vedi pag. 2 della perizia Dr. med. \_\_\_\_\_, capitolo terapia attuale) "Cymbalta 30 mg 1xdie (trattamento non ancora assunto prescrizione recente Dr. med. \_\_\_\_\_)". Quindi come mai in presenza di un grave quadro depressivo si è atteso tanto ad introdurre un trattamento adeguato? L'A. è ora in cura psichiatrica? Assume il farmaco? Non è dato a sapere. Insomma le contraddizioni sono parecchie ed evidenti. La diagnosi del Dr. med. \_\_\_\_\_ non è motivata né suffragata (per definizione ICD) da certificati in tal senso tanto meno può essere valida l'inabilità lavorativa a partire da marzo 2013, considerato quanto già detto (vedi lettera del luglio 2014 dell'A. che afferma di non avere problemi d'ordine psichiatrico). Prendiamo atto di incongruenze nelle date: l'Avv. RA 1 dice che il Dr. med. \_\_\_\_\_ attesta inabilità lavorativa all'80% dal marzo 2012, ma si tratta di marzo 2013. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ dice che la sua perizia del marzo 2016 è relativa a visite avvenute nel marzo 2015, ma si tratta probabilmente di visite avvenute a marzo 2016. Segnaliamo altre incongruenze: il Dr. med. \_\_\_\_\_ dice che l'A. ha avuto una formazione di maestra d'asilo, non descritta né al SAM né presso gli altri consulenti dall'A. Vi sono affermazioni discordanti non solo sulle dosi dei farmaci, ma anche sugli avvenimenti, sul fatto che ad alcuni periti l'A. abbia riferito che il licenziamento fosse dovuto a ristrutturazione (vedi perizia Dr. med. \_\_\_\_\_) e l'avvocato che afferma invece che questo è stato dettato da motivi di salute (come mai l'inabilità lavorativa attestata dai periti di parte è successiva al licenziamento?). Da una parte l'intervento del marzo 2013 viene descritto come dettato dall'emicrania (che nessun specialista ha descritto in peggioramento precedentemente). Non risulta neppure chiaro perché l'intervento chirurgico sia stato bilaterale quando i dolori lamentati erano a sin.; si scopre poi da ultimo che l'intervento era dettato da motivi d'ordine estetico ecc. L'attenta lettura degli atti sottoposti ci ha permesso di concludere che gli stessi (come detto contraddittori, faziosi e inesatti) non sono in grado di confutare in alcun modo la nostra valutazione peritale del 25.8.2015, che confermiamo integralmente. (...)" (XX/2, pagg. 36-55) Il complemento peritale del 26 luglio 2016 del SAM è stato confermato dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ che, nell'annotazione del 27 luglio 2016, ha rilevato che "(...) i periti del SAM confermano espressamente le loro conclusioni. In considerazione delle tante incongruenze evidenziate dal SAM si può ritenere assente una modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurata almeno fino a gennaio 2016, data della decisione impugnata. In considerazione del contesto generale risulta pure poco verosimile un sostanziale peggioramento posteriore le decisione impugnata. (...)" (XX/1). 2.8. Con scritto del 31 agosto 2016 l'avv. RA 1 ha formulato le proprie osservazioni e, in particolare, ha prodotto le prese di posizione dei dottori \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ invitati ad esprimersi in merito al complemento peritale del SAM (XXIV con allegati XXIV/AA1-8). Il dr. \_\_\_\_\_, nell'e-mail 25 agosto 2016, ha espresso le seguenti considerazioni: "(...) In risposta alla sua email mi permetto di suggerirle alcune considerazioni riguardo le obiezioni del perito SAM. Allego inoltre un articolo di review della patologia di cui la paziente soffre al quale fare riferimento per rigettare le obiezioni del perito SAM et avvalorare le mie considerazioni. Le mie

considerazioni sono le seguenti. La «drug overuse headache» o cefalea da uso eccessivo di farmaci è la causa di gran lunga la più frequente al mondo di cefalea cronica in pazienti emicranici e questa diagnosi deve essere presa obbligatoriamente in considerazione nel caso di cefalea cronica presso una paziente emicranica. Malgrado questo contesto epidemiologico la diagnosi è spesso tralasciata se non la si investiga attivamente (cf articolo allegato). Per i dati epidemiologici fare riferimento all'articolo di cui sopra. Il dosaggio del tasso di medicinali analgesici nel sangue non ha nessun valore diagnostico per questa patologia e non viene mai effettuato né in ambito neurologico specialistico né in ambito legale/peritale. I criteri diagnostici della cefalea da uso eccessivo di farmaci (tutti presenti nel caso della paziente) sono ben definiti nell'articolo che fa a sua volta riferimento ai criteri diagnostici IHS (international headache society) per le cefalee che sono quelli adottati in tutto il mondo in ambito specialistico internistico e neurologico per le diagnosi di cefalea. Il perito SAM non confuta in nessun modo questi criteri. Tali criteri hanno una specificità del 95% et una sensibilità dell'80% (vedi articolo). Consiglio di visitare il sito dell'IHS per ulteriore dettagli diagnostici e dunque fare riferimento ai seguenti link. [...] In questo link ci sono ampie spiegazioni sui criteri diagnostici. Che la paziente abbia potuto lavorare per un certo tempo, anche ad un buon livello, malgrado la patologia non annulla i criteri diagnostici IHS e quindi quello relativi all'invalidità. Il fenomeno è ben conosciuto in ambito neurologico: i pazienti emicranici arrivano all'uso eccessivo dei farmaci proprio per poter lavorare (il farmaco analgesico diminuisce i sintomi della cefalea temporaneamente) e a causa dell'ansia di avere male alla testa, instaurando un circolo vizioso: più farmaci più chances che la cefalea diventa cronica. In molti casi, come nel caso della paziente, il consumo eccessivo è quello di farmaci da banco che includono combinazioni di diversi farmaci analgesici. [...] Come si vede nei criteri diagnostici la diagnosi di cefalea da uso eccessivo di farmaci è sempre "probabile", questa diviene "certa" solo nel momento in cui si procede all'unico trattamento possibile (vedere mie considerazioni a proposito nella perizia) e tale trattamento risulta efficace. Non avendo mai avuto prima la diagnosi di tale cefalea la paziente non ha mai avuto un trattamento corretto (i medici della paziente hanno prescritto, anche se certamente in buona fede, in genere altri analgesici). La prognosi della paziente può essere completamente favorevole da un punto di vista funzionale ma solo se si procede al trattamento corretto della patologia cui è affetta (vedi sito IHS, cf mia perizia), trattamento che io ho proposto di effettuare in ambito universitario. Tale trattamento deve essere necessariamente associato ad una presa a carico di tipo psichiatrico e riabilitativo e cognitivo corretto. La presa a carico deve essere multidisciplinare. Se la diagnosi non viene fatta non è possibile curare la paziente (cf mia perizia, cf articolo, cf guide linee IHS). La prognosi potrebbe essere del tutto favorevole. Il miglioramento discreto delle cefalee negli ultimi mesi nel caso della paziente è probabilmente dovuto ad una diminuzione, benché solo relativa, del consumo di farmaci analgesici da banco. Ho esaminato la paziente su un periodo di più giorni solo nel 2016. Dove indico 2015 si tratta di un inequivocabile errore di battitura. Propongo ancora di studiare bene l'articolo allegato di review et i criteri di IHS per la diagnosi di cefalea da uso eccessivo di farmaci e portare tali argomenti in difesa delle perizie di parte. Nel caso della paziente non credo ci siano criteri (validati dalla letteratura neurologica o specialistica) che il SAM possa produrre e che possano confutare questa diagnosi. (...)" (XXIV/AA/5) Il dr. \_\_\_\_\_, nell'e-mail 25 agosto 2016, ha espresso le seguenti considerazioni: " (...) Per quanto concerne la mia valutazione neuropsicologica del dicembre 2015 posso solo ribadire che l'esame effettuato è stato reso il più possibile oggettivo mediante l'uso di test standardizzati (compresi quelli per la simulazione). Se le

performances della paziente vengono interpretate solo attenendosi ai punteggi quantitativi dei test sicuramente ciò che può essere estrapolato dalla mia valutazione è che il funzionamento cognitivo è nella norma (con punti di debolezza in alcune prove attentivo-esecutive) ma, come ogni neuropsicologo ben sa, le diagnosi non vengono poste solo sulla base dei punteggi ai test ma anche sulla base dell'osservazione che il clinico fa sul come le prove vengono svolte (aspetto qualitativo). La diagnosi neuropsicologica finale si pone tenendo in considerazione entrambi questi aspetti. Il parere chiesto al collega e consulente neuropsicologo del SAM (Dott. \_\_\_\_\_; pagg 36-37) sottoponendogli soltanto le due tabelle dei test neuropsicologici (peraltro ben interpretate) permette quindi un'interpretazione solo parziale e di giungere quindi a una ipotetica conclusione diagnostica. Sono infatti sue parole: "Immagino pertanto un'assicurata con un funzionamento cognitivo nella norma", senza poterlo però dare per certo. Così come è stato corretto che abbia esplicitato che l'etichetta "nella norma inferiore" (da me usata nella tabella dei test) "è stata utilizzata per dare peso a qualcosa che è stato osservato clinicamente" (proprio il motivo per cui l'ho usata). Siamo quindi d'accordo che una conclusione diagnostica possa essere trattata tenendo in considerazione anche un'interpretazione clinica soggettiva (che non vuol dire essere tendenzioso). Entrambi gli aspetti (oggettivi e soggettivi) sono imprescindibili per l'interpretazione clinica dell'esame neuropsicologico. Essendo poi intervenuto con la paziente come riabilitatore neuropsicologico, prima di averla sottoposta ai test, ho potuto giustificare e spiegare maggiormente le difficoltà attentive emerse che, seppur di grado lieve al momento della valutazione, sono sempre da mettere in relazione alla persona e alle sue capacità cognitive pregresse. Riguardo al punto 2 a pag. 53 della documentazione. "Le valutazioni sono tendenziose: ... Faccio notare in maniera molto oggettiva che a giugno 2015 la collega neuropsicologa della Clinica \_\_\_\_\_ concludeva il suo rapporto dicendo: "L'esame neuropsicologico odierno mette in evidenza un quadro cognitivo pienamente nella norma in tutti i domini indagati rispetto al campione normativo di riferimento bilanciato per sesso, età e scolarità, a eccezione di un lieve rallentamento attentivo emerso in prove di attenzione complessa ". Pertanto il mio esame non diventa leggermente deficitario mentre prima era nella norma ... perché non lo era neanche prima. Contrariamente attesto un miglioramento delle capacità attentive della paziente su base quantitativa. Stamani ho incontrato nuovamente la paziente, che dal 31.05.2016 seguiva per una presa a carico psicoterapeutica (e cioè non più neuropsicologica), sia su indicazione del Dr. \_\_\_\_\_ ma anche perché la paziente ha sviluppato la motivazione necessaria per intraprendere tale percorso. Mi ha chiesto di poterle comunicare che nel corso degli ultimi due mesi ha l'impressione di esser migliorata ancora un po' (resistenza cognitiva). Dal nostro colloquio è emerso che la signora sarebbe disposta a tentare un reinserimento lavorativo, possibilmente in un ambito simile al suo precedente posto di lavoro, con lo statuto di "lavoro a scopo terapeutico" (da me suggerito e che conosco la tipologia d'intervento avendo seguito altri casi) solitamente concesso dall'AI. Resto a sua disposizione se volesse avere maggiori informazioni in merito, così come sono disponibile a fare da intermediario tra la paziente e l'AI per avviare il progetto. La Sig.ra RI 1 mi chiedeva tuttavia di poter chiedere un cambio di consulente AI, visto che con il Sig., \_\_\_\_\_ non si era trovata molto bene (non in sintonia e non sentita capita nelle sue difficoltà). (...)" (XXIV/AA/6) Il dr. \_\_\_\_\_, nello scritto del 31 agosto 2016, ha espresso le seguenti considerazioni: " (...) In primis ammesso e non concesso, che i periti del SAM, seguano una loro ipotesi di partenza ovverossia che la Signora RI 1 non abbia nessuna psicopatologia degna di nota, allora ben si comprenderebbe

la presenza del canovaccio-peritale tendente a sostenere appieno l'argomentazione di questa ipotesi primaria. Non vorrei soffermarmi sull'animosità, invero incomprensibile, che è presente in tutta l'analisi effettuata dai periti del SAM, in relazione alla perizia psichiatrica che avevo redatto per la Signora RI 1. Inevitabilmente in alcuni punti dell'analisi rischierò, per ordine di forza maggiore - vista la reiterazione dell'animosità - ritornarci, in quanto la stessa non risponde al criterio di un contraddittorio basato sulle evidenze mediche e scientifiche, ma in alcune parti unicamente su una decostruzione dell'elaborato peritale senza una valida costruzione di un'ipotesi psichiatrica alternativa, se non quella di rimanere sulla loro ultima perizia. Nello scritto dei periti del SAM, rimane oscuro e incomprensibile, almeno alla mia persona, la motivazione per cui non hanno dato seguito alla risposta del loro consulente psichiatrico, che si metteva a disposizione per rivedere la sig.ra RI 1. Espressamente la dr.ssa \_\_\_\_\_ scriveva: "...Sulla base di ciò, ritengo, se tu sei d'accordo, di rivedere la signora RI 1, per poter procedere ad un completamento peritale." . Il costrutto dei periti del SAM, sembrerebbe essere stato fondato su un'analisi del mio elaborato peritale da parte del Dr. \_\_\_\_\_ e della Dr.ssa \_\_\_\_\_, tutti e due, a mia conoscenza, senza una specialità in psichiatria e psicoterapia. Pertanto, de iure, non legittimati ad entrare in un contraddittorio specialistico. Sottolineo che redigere una perizia di parte significa rispondere gli stessi criteri scientifici, medici e professionali, dei periti che redigono una perizia per l'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità o del SAM. Vorrei adesso soffermarmi su alcuni punti che sono emersi nella lettura dell'elaborato peritale. Alla pagina 46 i periti riprendevano "... dal 2008 al 2013 se ne sarebbe occupata sostanzialmente l'Assicurata, poiché i fratelli non se ne interessavano..." e scrivevano "(difficile capire come abbia potuto svolgere un lavoro come quello manageriale impiegata molte ore al giorno, anche impegnata in trasferte lunghe in Europa, e abbia potuto nel contempo occuparsi della madre così come dice)." La signora si occupava della madre durante il week-end e non durante la settimana: il lavoro la impegnava dal lunedì al venerdì. A pagina 47 i periti riprendono ancora una mia frase "...rammento che l'ambiente lavorativo era molto competitivo e ha vissuto per anni con l'angoscia di essere esclusa...eravamo tutti dei lottatori singoli... tutti dovevamo essere dei competitors...ognuno aveva una meta specifica...a fine anno se non si raggiungevano i risultati non si aveva il bonus, si rischiava l'esclusione dal lavoro..." e aggiungevano "qui entra in gioco altro possibile elemento, che non ha nulla a che fare con lo stato di salute dell'Assicurata, cioè il fatto che per ottenere il bonus l'Assicurata doveva essere più brava degli altri." I periti hanno interpretato in modo, almeno, riduzionistico lo stress che la Signora RI 1 presentava, connettendolo unicamente al raggiungimento del bonus. In realtà lo stress era di tipo lavorativo con l'angoscia del rischio della perdita del lavoro! Rammento che questo tipo di stress può sgretolare l'equilibrio psicopatologico di qualsiasi persona. Alla pagina 50 i periti analizzano poi la diagnosi da me posta, ovvero di sindrome depressiva ricorrente di entità media-grave e la criticano affermando che "... il Dr. \_\_\_\_\_ dimentica di riassumere gli elementi che secondo l'ICD-10 devono essere presenti, affinché possa essere posta la diagnosi di F33, (cioè sindrome depressiva ricorrente e cioè G01): vi è stato in passato almeno un episodio depressivo, di grado lieve (F32.0), medio (F32. 1) o grave (F32.2), (F32.3), che è durato almeno due settimane ed è stato separato dall'episodio attuale da un periodo di almeno due mesi senza nessun disturbo significativo dell'umore. Il Dr. \_\_\_\_\_ non cita quando sia avvenuto l'episodio o gli episodi depressivi precedenti considerato che, per affermazione stessa della perizianda, non è mai stata presa a carico dal lato psichiatrico fino al 2013 (dice il Dr. \_\_\_\_\_) ma che, a ben vedere, una presa a carico psichiatrica è avvenuta solo nel

corso del 2016..." . Rispetto alla frase "... pertanto il Dr. \_\_\_\_\_ non ha posto con correttezza la diagnosi, la quale non è neppure deducibile sulla base degli atti in nostro possesso dell'anamnesi in quanto nessun medico ha mai attestato un episodio depressivo nel passato. ... " , mi preme ricordare che non è significativo che vi sia stato un medico di famiglia o un specialista che abbia definito un primo episodio depressivo, per poter porre la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente. In effetti come espressamente scritto anche nell'ICD-10 nella sindrome depressiva (o nell'episodio depressivo) ricorrente di entità lieve i disturbi che il soggetto sente, non ostacolano in un modo significativo la vita del soggetto. Pertanto le persone possono continuare la loro attività lavorativa e i loro impegni sociali, pur vivendo un primo episodio depressivo di entità lieve. Nel caso della Signora RI 1, rammento che ha sempre presentato una forte resilienza rispetto ai fattori di stress, per cui è sostenibile affermare che abbia avuto degli episodi depressivi che siano stati in realtà non diagnosticati e non affrontati. \_\_\_\_\_ È anche sorprendente che i periti dell'AI abbiano estratto unicamente degli stralci della perizia da me redatta, e non quelle parti dove espressamente scrivevo la motivazione per cui ponevo la mia diagnosi ovvero "... La Signora RI 1 presenta i tre sintomi principali ovvero una depressione del tono dell'umore, la perdita degli interessi e della capacità di provare piacere con riduzione dell'energia e aumentata affaticabilità. Inoltre presenta, degli altri sintomi, una significativa riduzione dell'attenzione e della concentrazione, con marcata riduzione dell'autostima e della fiducia in sé, idee di inutilità, con visione pessimistica del futuro, disturbi del sonno e alterazione dell'appetito. Pertanto presenta tutti i sintomi che portano a porre la diagnosi di Sindrome depressiva persistente di entità medio grave , con un'inabilità lavorativa dell'80%, in modo definitivo. ... " . Rammento anche che la Signora RI 1 era stata curata da parte del neurologo, Dr. \_\_\_\_\_, con il \_\_\_\_\_, che oltre che sedativo agisce anche come antidepressivo. Continuando la lettura dell'analisi peritale, obiettivamente parziale, si legge "...pur poco comprensibile risulta il fatto che la Signora soffrirebbe di un disturbo depressivo grave fin dal 2013, ma l'antidepressivo è stato proposto solo dopo due mesi dalla prima visita presso il Dr. \_\_\_\_\_ nel marzo del 2016..." e aggiungono "(forse tanto evidente la gravità non era) ... " . Innanzitutto la diagnosi posta nella mia valutazione peritale era: "sindrome depressiva persistente di entità media-grave " , mentre i periti, nella fattispecie, continuano a sottolineare la parte unicamente grave, mettendo in evidenza una loro parzialità nell'interpretazione della mia perizia, per suffragare la loro ipotesi di partenza, ovvero sia che la perizia fosse senza basi solide. Il compito del perito, è prioritariamente quello di valutare e analizzare, in modo scientifico e professionale la psicopatologia della peritanda, nella fattispecie, e unicamente quando la peritanda chiede di poter essere anche seguita dal punto di vista psichiatrico, se non vi è un altro collega che l'ha già in cura, il perito può entrare nella mansione di specialista curante quindi proporre il farmaco. Il perito non è il medico curante, finché la peritanda non lo richiede. Considerato poi che i sintomi della sindrome depressiva persistente di entità medio-grave erano presenti già da anni, e che avevano creato una radicalizzazione della psicopatologia della Signora RI 1 e che ella aveva di fatto dovuto riadeguare la sua vita subendo questa sintomatologia, non vi era nessun elemento di urgenza o di acuzie per iniziare una farmacoterapia alla prima seduta. Unicamente quando vi è un rischio suicidale elevato, uno stato di angoscia profonda, un disturbo del comportamento significativo, un disturbo d'ansia non gestibile, bisogna intervenire immediatamente. Altrimenti è fondamentale che si crei un'alleanza terapeutica per poter poi integrare la farmacoterapia. Senza un'alleanza terapeutica, sappiamo sia per esperienza clinica sia dai dati della letteratura, che il farmaco non viene

assunto o se viene assunto l'effetto è ridotto rispetto all'effetto clinico aspettato. Alla pagina successiva della perizia i periti scrivono "...le linee guida della società di psichiatria non dicono che bisogna sottoporre a testistiche tutti gli assicurati, sicuramente, non nel caso, dove l'Assicurata stessa non esprime disagio o disturbi particolari. Sarebbe come richiedere per tutti gli assicurati un MRI del rachide, anche senza che vi sia un'indicazione in tale senso." . È paradossale questa affermazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_, laddove è bene evidente che per poter effettuare una valutazione peritale adeguata in ambito psichiatrico è fondamentale che si utilizzano tutti i mezzi a disposizione per poter riuscire a riconoscere anche quei sintomi - apparentemente subclinici - che, con un colloquio clinico, non sempre si evidenziano. Non sempre uno o due colloqui clinici in ambito peritale sono sufficienti, a meno che il quadro psichico non sia estremamente chiaro: non era qui la fattispecie. I periti concludono quindi affermando che "... le valutazioni sono tendenziose ... i periti di parte il Dr. \_\_\_\_\_ e il Dr. \_\_\_\_\_ hanno proposto un costrutto diagnostico, cui essi stessi sembrano non credere: ... il Dr. \_\_\_\_\_ diagnostica un disturbo depressivo ricorrente pur se fino al 2016 nessun medico specialista abbia mai posto una diagnosi in tal senso ... pur considerando il quadro clinico grave con incapacità lavorativa all'80% il Dr. \_\_\_\_\_ attende ben oltre due mesi ... senza intraprendere un trattamento psicofarmacologico adeguato ... quindi come mai in presenza di un grave quadro depressivo si è atteso tanto ad introdurre un trattamento adeguato? L'Assicurata è ora in cura psichiatrica? Assume farmaco? non è dato a sapere... " . In relazione alla diagnosi da me posta ricordo che ho posto diagnosi di sindrome depressiva persistente di entità media-grave, evoluta da una sindrome depressiva ricorrente. Pertanto la diagnosi finale posta non è di ricorrenza ma di persistenza. Per cui un'attenta analisi della mia perizia avrebbe, indubbiamente, chiarito la realtà clinica della Signora RI 1. La Signora RI 1 rimane tuttora in cura, assume regolarmente il farmaco e sta finalmente seguendo un trattamento psichiatrico, psicofarmacologico e psicoterapeutico integrato, trattamento che precedentemente non era stato mai introdotto, poiché probabilmente non aveva mai trovato la possibilità per farlo, tanto è vero che si era creata anche una negazione della sofferenza psichica e di un eventuale trattamento. Alla luce quindi della rivisitazione critica di quanto scritto dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal Dr. \_\_\_\_\_, che nel loro documento non si basano su delle valutazioni neutrali, ma di parte, e che addirittura non considerano la disponibilità della Dr.ssa \_\_\_\_\_, loro psichiatra consulente nella fattispecie della Signora RI 1, di rivedere la peritanda, confermo appieno quanto descritto nella mia valutazione peritale del 4 di aprile del 2016. (...)" (XXIV/AA/7) 2.9. Il doc. XXIV con i relativi allegati XXIV/AA/1-8 sono stati notificati all'Ufficio AI (XXV) che, con osservazioni del 14 settembre 2016 – sulla base dell'annotazione 6 settembre 2016 del medico SMR del seguente tenore: "(...) L'attuale documentazione non contiene in se nuovi elementi ma va a confermare una valutazione in netto contrasto con la valutazione SAM. Non ritengo utile nell'attuale situazione sottoporre nuovamente la documentazione al SAM per presa di posizione dato che questa non comporterà certamente una modifica delle conclusioni del SAM. (...)" (XXVI/1) – si è confermato nella domanda di respingere il ricorso (XXVII). 2.10. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C\_13/2007 del 31

marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 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/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 389). 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) Per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per

gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398 ) 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 ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 5.3).

2.11. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, 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). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Circa la ripartizione dei compiti tra l'autorità incaricata di applicare il diritto e la persona incaricata di esaminare la situazione da un punto di vista medico nell'ambito della valutazione dell'incapacità al lavoro come condizione del diritto alla rendita d'invalidità vedi anche la DTF 140 V 193.

2.11.1 Questo Tribunale rileva che, fino al momento della decisione impugnata – data questa ( in casu , il 16 gennaio 2016) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3 ) – , sulla base della valutazione neuropsicologica del 21 dicembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_ con le osservazioni del 25 agosto 2016 (doc. Z/3 e AA/6; cfr. consid. 2.6 e 2.8) e della perizia 29 marzo 2016 del dr. Carota con le osservazioni del 25 agosto 2016 (VI/1 e doc. AA/5; cfr. consid. 2.6 e 2.8), non è possibile scostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM nella perizia pluridisciplinare del 25 agosto 2015 con complemento del 26 luglio 2016 (doc. AI

58/211-277 e XX/2; cfr. consid. 2.5 e 2.9) per i seguenti motivi. ● il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia e specialista interpellato dall'allora medico di famiglia dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 16 luglio 2012 indirizzato al curante, ha espresso la seguente valutazione: "(...) P. emicranica, accusa da alcuni mesi un importante peggioramento delle cefalee, ora soprattutto di tipo tensivo, manifestatesi in un contesto di esaurimento favorito probabilmente da un sovraccarico lavorativo cronico. Lo stato neurologico e la RM cerebrale già eseguita sono normali. Dopo interruzione del lavoro la P. ha notato un miglioramento delle cefalee ma non della sindrome astenica, nonostante l'assenza di chiari sintomi depressivi ho prescritto Remeron 30 mg ½ cpr alla sera nella speranza di migliorare anche il sonno. Non ho previsto controlli. (...)". (doc. AI 31/147); ● il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia e vice primario di neuroriabilitazione della clinica \_\_\_\_\_, interpellato dall'oftalmologo curante dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto 7 maggio 2014 (doc. AI 31/156-157) – esposti l'esame neurologico con le conclusioni e procedere del seguente tenore: "(...) Esame obiettivo che può definirsi sostanzialmente nei limiti della norma per l'età, ma dove segnalo un pressoché continuo ammiccamento frontale che spesso sembra evidenziare una sorta di contrazione patologica della muscolatura mimica frontale a tipo "blefarospasmo" che però non vede la chiusura della rima palpebrale come classicamente si descrive. Nel corso della presente valutazione abbiamo eseguito una stimolazione magnetica delle vie motorie per valutare il grado di eccitabilità corticale alla ricerca delle modificazioni in senso eccitatorio descritte nei casi di dolore cronico e soprattutto nelle cefalee croniche. Tal esame ha, in effetti documentato una ipereccitabilità della corteccia frontale bilaterale. [...] Si discute con la paziente la possibilità di iniziare un approccio riabilitativo multidisciplinare mirato alla sintomatologia cefalalgica cronica. Tale progetto terapeutico prevede un approccio fisioterapeutico con tecnica di massaggio mio fasciale associato a percorso di esercizio tecnico-cognitivo secondo metodica ETC. A tale percorso assocerei l'ipotesi di trattamento della ipereccitabilità corticale attraverso stimolazione magnetica transcranica. La complessità di tale intervento e la necessità che venga svolto in coordinamento tra gli interventi pone indicazione a ricovero in clinica diurna per almeno 15 sedute di day-hospital riabilitativo per il quale si fa richiesta di garanzia alla cassa malati. Da valutare inoltre l'ipotesi di un trattamento con tossina botulinica per il disturbo del movimento a tipo blefarospasmo descritto sopra. (...)". (...) (doc. AI 31/157) – , non si è espresso sulla capacità lavorativa e nei certificati medici del 30 maggio, 15 settembre, 12 dicembre 2014, 21 aprile e 9 giugno 2015, senza addurre alcun elemento oggettivo che la giustificasse e in modo stringatissimo, ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 1. giugno 2014 al 30 giugno 2015 a causa di cefalea cronica (cfr. doc. AI 31/158, 43/187, 44/189 e 51/201). Anche nella valutazione neuropsicologica dell'8 giugno 2015 (doc. AI 58/258-260; richiesta dai periti del SAM nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 25 agosto 2012, cfr. doc. AI 58/215) il dr. \_\_\_\_\_ e la neuropsicologa \_\_\_\_\_ non si sono pronunciati chiaramente sulla capacità lavorativa e, nella valutazione neurologica e nelle conclusioni con indicazioni, si sono così espressi: "(...) Al termine del colloquio la paziente è stata sottoposta a un esame neuropsicologico svolto in lingua tedesca attraverso procedure d'indagine clinica e mediante la somministrazione di test standardizzati. L'esito dell'accertamento ha evidenziato unicamente la presenza di lieve rallentamento attentivo in prove di attenzione selettiva complessa e in prove di attenzione alternata. Sono pienamente nella norma, rispetto al campione di riferimento bilanciato per sesso, età e scolarità, i punteggi ottenuti alle prove che valutano memoria a breve e lungo termine sia visiva che verbale, funzioni esecutive, linguaggio, calcolo. Clinicamente non si osservano segni di

disfunzione percettivo-gnostiche, né prassiche. [...] L'esame neuropsicologico odierno mette in evidenza un quadro cognitivo pienamente nella norma in tutti i domini indagati rispetto al campione normativo di riferimento bilanciato per sesso, età e scolarità, ad eccezione di un lieve rallentamento attentivo emerso in prove di attenzione complessa. È verosimile che le *défaillances* mnesiche segnalate dalla paziente in sede di colloqui iniziale siano imputabili alle difficoltà attentive emerse e, quindi, a una maggiore distraibilità. In data 19.06.2015 è stata effettuata con la paziente la restituzione dell'esito della valutazione in presenza del neurologo, Dr. \_\_\_\_\_. Vista l'entità lieve dei disturbi cognitivi emersi non è stata proposta una riabilitazione cognitiva specialistica, poiché non indicata. D'altro canto, si è consigliata la ripresa lavorativa in maniera graduale e progressiva, al fine di stimolare gli aspetti attentivi in contesto ecologico. Sarà opportuno che, con la ripresa di un'attività lavorativa, la sig.ra RI 1 possa effettuare delle piccole pause di tanto in tanto e che possa, via via aumentare le ore di lavoro sulla base delle proprie risorse. La paziente, posta di fronte a tale proposta, si è mostrata molto timorosa e si è detta non ancora pronta a riprendere nell'immediato un'attività lavorativa, sicura che al momento attuale non sarebbe in grado di assolvere alle proprie responsabilità. È quindi stato consigliato di valutarne tutte le possibilità alternative per una graduale ripresa (orari, posizione da ricoprire, responsabilità, ritmi di lavoro, ecc.), discutendone con la responsabile del proprio caso recentemente aperto presso l'assicurazione invalidità. (...)” (doc. AI 58/259-260). Il dr. \_\_\_\_\_ non si è confrontato con la perizia pluridisciplinare 25 agosto 2015 con complemento del 26 luglio 2016 del SAM; ● il dr. \_\_\_\_\_, nella valutazione neuropsicologica del 21 dicembre 2015 (doc. Z/3), non si è confrontato con la perizia pluridisciplinare del 25 agosto 2015 del SAM (doc. AI 58/211-277) e, in particolare, con il consulto neurologico dell'11 giugno 2015 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 58/247/251). Il dr. \_\_\_\_\_ non si è nemmeno espresso chiaramente sull'evoluzione della capacità lavorativa dell'assicurata e – dopo aver attestato che tutte le funzioni (mnesiche, attentive, verbali e calcolo, percettivo-gnostiche e prassiche), anche se con diverse sfumature, rientrano nella norma (cfr. doc. Z/3, pagg. 5-6) – ha concluso che “(...) le difficoltà cognitive rilevate sono da un punto di vista strettamente neuropsicologico di lieve entità ma, nel caso specifico della paziente, danno luogo a importanti ricadute funzionali soprattutto in merito all'ambito lavorativo. La professione svolta dalla paziente richiede infatti la massima efficienza dal punto di vista attentivo-esecutivo. (...)” (doc. Z/3, pag. 7). Sempre il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che “(...) nonostante la presenza di vissuti depressivi (reattivi alle limitazioni cognitive attuali, al dolore e alle problematiche oculari) non è al momento da ritenersi indicata una presa a carico specialistica di tipo psicoterapeutico. (...)” (doc. Z/3, pag. 8) e, nelle osservazioni del 25 agosto 2016, ha precisato che “(...) se le performances della paziente vengono interpretate solo attenendosi ai punteggi quantitativi dei test sicuramente ciò che può essere estrapolato dalla mia valutazione è che il funzionamento cognitivo è nella norma (con punti di debolezza in alcune prove attentivo-esecutive) ma, come ogni neuropsicologo ben sa, le diagnosi non vengono poste solo sulla base dei punteggi ai test ma anche sulla base dell'osservazione che il clinico fa sul come le prove vengono svolte (aspetto qualitativo). La diagnosi neuropsicologica finale si pone tenendo in considerazione entrambi questi aspetti. (...)” (doc. AA/6); ● il dr. \_\_\_\_\_, poste le seguenti diagnosi “(...) • Probabile cefalea da uso eccessivo di farmaci analgesici (criteri diagnostici IHS-II, 8.2.8), diagnosi attiva probabilmente dagli inizi degli anni 80 • Probabile emicrania cronica (criteri diagnostici IHS-II 1.6.5) con ipersensibilità facciale e della fronte e dolorabilità dei muscoli pericranici, a livello frontale

e delle scalpo, diagnosi attiva probabilmente dagli anni 80 • Cefalea di tensione cronica (criteri diagnostici IHS-II 2.3.1), a livello frontale e dello scalpo, diagnosi attiva almeno dal 2000 • Eemicrania senza aura (criteri diagnostici IHS-II, 1.1.1) con inizio delle crisi alla fine degli anni 70 • Disturbo cognitivo moderato-lieve (memoria di lavoro e attenzione sostenuta), dovuto a patologie multiple( cefalea da farmaci, emicrania cronica, cefalea di tensione cronica con ipersensibilità dello scalpo, sindrome depressiva severa), diagnosi attiva probabilmente dal 2012 • Sindrome depressiva di entità moderata-severa con disturbi del sonno (risvegli precoci), diagnosi attiva almeno dal 2012 • Intervento di rimozione dei due muscoli orizzontali corrugatori della fronte (indicazione operatoria probabilmente non giustificata sia per l'emicrania sia per la diagnosi discutibile di nevralgia del nervo supraorbitario sinistro) e di blefaroplastica bilaterale moderata (3.5 mm) il 4.3.2013 (Dr. Th\_\_\_\_\_ ) con conseguente ritrazione palpebrale bilaterale, secchezza oculare et possibile dolore neurogeno locale della regione frontale bilaterale • Cheratite secca bilaterale (Diagnosi SAM) (...)" (VI/1, pag. 1) ha concluso che "(...) la ripercussione dei diversi tipi di cefalea cronica sull'attività professionale precedentemente svolta dalla paziente (attività manageriale di alto livello) è importante, pari, almeno dal 2012 e, attualmente, ad una inabilità dell'80%. (...)" (VI/1, pag. 12). Quanto alla diagnosi di Sindrome depressiva di entità moderata-severa con disturbi del sonno va evidenziato che, come accennato sopra, il dr. \_\_\_\_\_ non ha ritenuto necessaria una presa a carico specialistica di tipo psicoterapeutico (cfr. doc. Z/3, pag. 8). Nemmeno, come si dirà meglio al prossimo considerando, dagli atti risulta che uno specialista in psichiatria (prima del dr. \_\_\_\_\_) abbia posto delle diagnosi invalidanti e/o che l'assicurata fosse in cura per una patologia di questa natura. Al contrario, il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 16 luglio 2012, ha evidenziato che "(...) nonostante l'assenza di chiari sintomi depressivi ho prescritto Remeron 30 mg ½ cpr alla sera nella speranza di migliorare anche il sonno. Non ho previsto controlli. (...)" . (doc. AI 31/147). Quanto ai diversi tipi di cefalea diagnosticati dal dr. \_\_\_\_\_ va rilevato che il SAM, nel complemento peritale del 26 luglio 2016, ha evidenziato che "(...) la perizianda ha segnalato, nel rapporto che ha scritto all'Ufficio AI il 26.5.2015 [ndr. si tratta del doc. AI 58/263-264] , riassumendo la cronologia delle sue malattie e che ha pure ribadito in ambito peritale agli specialisti coinvolti e al perito stesso SAM, l'assunzione di al massimo due Thomapyrin alla settimana: il tutto non risulta compatibile con quanto ora viene riportato dal Dr. med. \_\_\_\_\_. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ dice che questa assunzione, addirittura fino a 40 compresse al mese, sarebbe presente da ca. un anno; ciò è chiaramente in contraddizione con quanto affermato dall'A. nell'ambito della perizia SAM e con quanto agli atti in nostro possesso e da quanto riportato dai neurologi curanti dell'A., nonché da quanto riferito alla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ afferma inoltre che l'A. assume anche un altro farmaco, il Parkemed 500 mg (acido mefenaminico), assunto come miorilassante, cosa che non risulta né dall'anamnesi presso il SAM, né riassunto o descritto precedentemente in qualsivoglia documento (neppure in quello riassunto dall'A. per l'ufficio AI del Canton Ticino). (...)" (XX/2, pag. 44). In effetti, nel rapporto del 10 marzo 2014 della dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia (XXVIII/1 = doc. AI 17/98-100 = doc. AA/3), si legge che la paziente "(...) dice di non assumere alcun antidolorifico perché crede che questi medicinali non le servono a nulla. (...)" (doc. AI 17/98) e, nell'analisi oggettiva dei disturbi espressi dalla paziente, evidenzia che "(...) in una telefonata che ho avuto con il chirurgo [ndr.: si riferisce al dr. \_\_\_\_\_] lui affermava che la paziente desiderava da lui in luglio 2013, una incapacità lavorativa completa e indeterminata nel tempo (vedi

rapporto operatorio allegato). Quando il chirurgo ha detto alla paziente che comunque i sintomi poteva ancora migliorare, si è arrabbiata con lui e se ne è andata. (...)” (doc. AI 17/99). Anche il dr. \_\_\_\_\_, FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia – dopo aver indicato, nel rapporto medico 17 marzo 2013 (doc. AI 20/112-117), una capacità di concentrazione, di comprensione, di adeguamento e di caricabilità “(...) illimitata (...)” (doc. AI 20/117) – in quello del 4 novembre 2013 (doc. 13/14-16 dell’inc. cassa malati) ha osservato che “(...) in seguito all’intervento sussiste un logoftalmo bilaterale che impedisce un lavoro adeguato al computer. La situazione migliora sempre di più con il tempo che passa: i dolori e i bruciori diminuiscono, attualmente non necessita più di antidolorifici per os, continua ad instillare lacrime artificiali. Dopo mezz’ora al computer deve smettere e farsi una lunga pausa. (...)” (doc. 13/15-16 dell’inc. cassa malati). In simili circostanze, visto tutto quanto precede, questo Tribunale ritiene di dover fare propria la valutazione neurologica del consulente dr. \_\_\_\_\_ confermata dai periti del SAM nella perizia pluridisciplinare del 25 agosto 2015 con complemento del 26 luglio 2016 (doc. AI 58/211-277 e XX/2). Questo vale a maggiore ragione viste le susseguite discrepanze tra le dichiarazioni della ricorrente ai periti del SAM e quelle più recenti al dr. \_\_\_\_\_. Al riguardo va qui evidenziato che anche nella valutazione neurologica del dr. \_\_\_\_\_ del 21 dicembre 2015 si legge che l’assicurata “(...) sostiene di uscire solo per fare terapie in quanto, pur avendoci provato, non può più svolgere attività come in passato, soprattutto per la problematica agli occhi (es. non poter andare in piscina, in sauna, a sciare, in bicicletta, in locali climatizzati o riscaldati con caloriferi ecc.). (...)” (doc. Z/3, pag. 4) allorquando, nel consulto psichiatrico del 1. luglio 2015, (doc. AI 58/237-246), nella descrizione delle attività e abitudini, la dr.ssa \_\_\_\_\_ rileva che “(...) in genere va a passeggiare ca. un’ora al giorno. Ogni 2 giorni si reca a nuotare oppure si sottopone a sauna (...)” (doc. AI 58/240). Dal rapporto 7 maggio 2014 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 31/156-157) sembrerebbe inoltre che l’insorgente abbia perso il posto di lavoro per motivi di salute: “(...) Tale sintomatologia ha progressivamente assunto un carattere pressoché sub continuo tanto a rendere impossibile lo svolgimento della normale attività quotidiana tanto che ha condotto alla perdita del posto di lavoro. (...)” (doc. AI 31/156), allorquando dal formulario del datore di lavoro del 12 aprile 2014 (doc. AI 25/126-129) risulta che il rapporto di impiego è stato disdetto con effetto giugno 2013 per motivi di ristrutturazione ( “(...) Stellenabbau (...)” (doc. AI 25/126, punto 2.2) ) e nella perizia 29 marzo 2016 del dr. \_\_\_\_\_ si legge che “(...) la signora RI 1 ha lavorato per il gruppo \_\_\_\_\_ (ultimo datore di lavoro) per 22 anni, nella misura del 100%, dall’aprile 1991 fino al 30.06.2013 (licenziamento nel dicembre 2012 nel contesto di una riduzione generale del personale). (...)” (VI/1, pag. 2). Inoltre – visto che fino alla fine del mese di giugno 2012 l’insorgente ha potuto lavorare (nella perizia 29 marzo 2016 del dr. \_\_\_\_\_ si legge infatti che “(...) la paziente dice di aver sempre svolto il suo lavoro con impegno e risultati eccellenti. A causa dei dolori cranici, la paziente si è astenuta dal lavoro con certificazione medica, nella misura del 100% dal 2.07.2012 al 13.07.2012 [ndr.: recte: 31 agosto 2012; cfr. doc. AI 25/132], nella misura del 50% dal 3.09.2012 al 2.12.2012. (...)” ; VI/1, pag. 2) – giustamente i periti del SAM si chiedono come, visto che il dr. \_\_\_\_\_ “(...) dice che almeno fino al marzo 2013 le caratteristiche della cefalea sono invariate da 15 a 30 anni prima [...] l’A. abbia potuto lavorare al 100% e oltre per 22 anni con le stesse e dopo marzo 2013 e l’intervento che avrebbe portato ad un miglioramento delle cefalee (vedi valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, perizia neurologica Dr. med \_\_\_\_\_ e Dr. med \_\_\_\_\_) l’inabilità lavorativa venga considerata dell’80%! (...)” (XX/2, pag. 45).

Quanto al certificato medico del 28 marzo 2014, nel quale il dr. \_\_\_\_\_ attesta una incapacità lavorativa del 100% dal 4 marzo 2012 al 28 maggio 2013 (cfr. doc. AA/1), appare quanto meno strano che lo stesso specialista, nel certificato medico del 4 aprile 2014 (quindi di pochi giorni dopo), attesti invece un'inabilità lavorativa del 100% dal 4 marzo 2013 al 28 maggio 2014 (cfr. doc. AI 31/148). 2.11.2. Questo Tribunale rileva che, anche per la patologia psichiatrica, fino al momento della decisione impugnata, sulla base della perizia psichiatrica del 4 aprile 2016 del dr. \_\_\_\_\_ con le osservazioni del 31 agosto 2016 (VIII/1 e doc. AA/7; cfr. consid. 2.6 e 2.8), non è possibile scostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM nella perizia pluridisciplinare del 25 agosto 2015 con complemento del 26 luglio 2016 (doc. AI 58/211-277 e XX/2; cfr. consid. 2.5 e 2.9) per i seguenti motivi. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia del 4 aprile 2016 (VIII/1), quale diagnosi psichiatrica con ripercussione sulla capacità di lavoro ha posto "(...) sindrome depressiva ricorrente, di entità media-grave (ICD-10; F33.1/2) (...)" (VIII/1, pag. 17). Va qui rilevato che lievi e medi disturbi depressivi – siano essi episodici o ricorrenti – vanno ritenuti a priori quale malattia invalidante quando sono dimostratamente resistenti alla terapia ("(...) Leichte bis mittelgradige depressive Störungen fallen - ob rezidivierend oder episodisch - zum Vornherein nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Urteil 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). (...)" (STF 8C\_212/2016 dell'8 agosto 2016) ). Dagli atti di causa, come sopra accennato, non risulta che uno specialista in psichiatria abbia posto delle diagnosi invalidanti e/o che l'assicurata fosse in cura per una patologia di questa natura prima dell'intervento del dr. \_\_\_\_\_. Il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 16 luglio 2012 – osservato che l'assicurata "(...) accusa da alcuni mesi un importante peggioramento delle cefalee, ora soprattutto di tipo tensivo, manifestatesi in un contesto di esaurimento favorito probabilmente da un sovraccarico lavorativo cronico. (...)" (doc. AI 31/147) – ha rilevato che "(...) dopo l'interruzione del lavoro la P. ha notato un miglioramento delle cefalee ma non della sindrome astenica, nonostante l'assenza di chiari sintomi depressivi ho prescritto Remeron 30 mg ½ cpr alla sera nella speranza di migliorare anche il sonno. Non ho previsto controlli. (...)" (doc. AI 31/147). Viste le molteplici indicazioni poste alla prescrizione del farmaco Remeron – anche dalla perizia 29 marzo 2016 del dr. \_\_\_\_\_ risulta che "(...) la paziente ha assunto il farmaco Mirtazapina (Remeron ®) 30mg/die dal luglio 2012 fino a settembre 2014, non è chiaro se per il trattamento di fondo preventivo dell'emicrania o per i disturbi del sonno e/o dei sintomi depressivi. (...)" – , per il solo fatto che nelle osservazioni del 31 agosto 2016 (doc. AA/7) il dr. \_\_\_\_\_ rilevi che "(...) rammento anche che la Signora RI 1 era stata curata da parte del neurologo Dr. \_\_\_\_\_, con il Remeron, che oltre che sedativo agisce anche come antidepressivo. (...)" (doc. AA/7, pag. 3), non è possibile concludere che l'assicurata fosse sottoposta ad una terapia farmacologica antidepressiva. Nemmeno – dopo che la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto del 10 marzo 2014 (XXVIII/1 = doc. AI 17/98-100 = doc. AA/3), ha rilevato che "(...) penso però sia molto importante una valutazione psicologica e psicosociale della paziente, che riferisce diversi disturbi (è apatica, si sente come in una cupola di vetro e si sente lontana dal suo ambiente) che credo siano da tenere in considerazione a riguardo della capacità lavorativa. (...)" (doc. AI 17/99) – risulta che l'insorgente si sia sottoposta ad una cura psichiatrica. Ma vi è di più, la stessa assicurata, con scritto del 18 luglio 2014 – evidenziati i propri problemi neurologici e oftalmologici e chiesta la perizia di un esperto in chirurgia facciale – , ha comunicato all'Ufficio AI che "(...) non ritengo quindi che sia opportuno effettuare esami

relativamente a medicina interna e psichiatria. (...)” (doc. AI 36/168). Inoltre, lo si ribadisce, il dr. \_\_\_\_\_, nella valutazione neuropsicologica del 21 dicembre 2015, ha evidenziato che “(...) nonostante la presenza di vissuti depressivi (reattivi alle limitazioni cognitive attuali, al dolore e alle problematiche oculari) non è al momento da ritenersi indicata una presa a carico specialistica di tipo psicoterapeutico. (...)” (doc. Z/3, pag. 8). Anche il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia del 4 aprile 2016, sotto la descrizione dei dati soggettivi dell’assicurata, rileva che “(...) dal dr. \_\_\_\_\_ andrebbe ogni dieci giorni per lavorare sulla parte cognitiva. (...)” (VIII/1, pag. 12). Va qui segnalata la STF 9C\_55/2016 del 14 luglio 2016 nella quale il TF ha sviluppato la seguente considerazione: “(...) Il est vrai que le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2e phrase, LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197 et les références; voir également arrêts 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique. (...)” (STF 9C\_55/2016 del 14 luglio 2016 consid. 4.2). Riguardo alla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ circa la validità del consulto psichiatrico della dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. le risposta alle domande poste dall’avv. RA 1; VIII/1, pagg. 22-24 riprodotte al consid. 2.6), questo Tribunale può fare propria la presa di posizione dei periti del SAM che, nel complemento peritale del 26 luglio 2016 (XX/2), hanno sottolineato che “(...) la Società di Psichiatria ha richiesto che in casi particolari e cioè in presenza di valutazioni oscillatorie dell'umore, decorsi alternati dello stato di salute quindi in determinati casi specifici, cioè dove è descritta una ricorrenza e in casi di depressione bipolare con decorso ondulatorio, in questi casi è necessaria una valutazione che si estende oltre una volta sola, ma nel caso della signora RI 1 l'A. non ha avvallato problemi della sfera psichiatrica e neppure lo hanno fatto i suoi curanti, anzi l'A. aveva addirittura chiesto di non essere sottoposta ad una valutazione psichiatrica, non era in trattamento psicoterapeutico né psicofarmacologico, quindi il caso fino a quel momento non poteva essere considerato né complesso, né difficile, né ricorrente o altro. La Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha comunque visitato due volte l'A. Il fatto che l'anamnesi della storia non è completa questo va imputato alla reticenza e all'omissione da parte dell'A. e non alla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Le linee guida della Società di Psichiatria non dicono che bisogna sottoporre a testistica tutti gli A., sicuramente non nel caso, dove l'A. stessa non esprime disagi o disturbi particolari. (...)” (XX/2, pag. 52). Quanto infine alla censura del dr. \_\_\_\_\_ secondo la quale “(...) rimane oscuro e incomprensibile, almeno alla mia persona, la motivazione per cui non hanno dato seguito alla risposta del

loro consulente psichiatrico, che si metteva a disposizione per rivedere la sig.ra RI 1. [...] Il costruito dei periti del SAM, sembrerebbe essere stato fondato su un'analisi del mio elaborato peritale da parte del Dr. \_\_\_\_\_ e della Dr.ssa \_\_\_\_\_, tutti e due, a mia conoscenza, senza una specialità in psichiatria e psicoterapia. Pertanto, de iure, non legittimati ad entrare in un contraddittorio specialistico. (...)” (doc. AA/7, pag. 1), il TCA si limita ad osservare che nell'ambito del complemento peritale del 26 luglio 2016 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha potuto esprimersi (cfr. XX/2, pag. 53) e che all'inizio del complemento si legge che “(...) facciamo notare che le osservazioni sotto riportate sono frutto di un'intensa discussione tra i vari medici periti del SAM, tra la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_ e Dr.ssa \_\_\_\_\_ e avvallate nell'ambito della teleconferenza avvenuta in data 22.7.2016 alle ore 11.50. (...)” (XX/2, pag. 1). Visto tutto quanto precede questo Tribunale deve confermare anche la valutazione psichiatrica dei periti del SAM che hanno concluso che non vi sono diagnosi psichiatriche con influsso sulla capacità lavorativa.

2.11.3. Per quanto riguarda la patologia oftalmologica le conclusioni a cui è giunta la dr.ssa \_\_\_\_\_ nel consulto del 1. luglio 2015 (doc. AI 58/252-257) non sono state contestate dall'insorgente e il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. In particolare, visto il tempo trascorso – nel certificato medico del 5 febbraio 2016 il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale segnalava che “(...) per quanto attiene la problematica oftalmologica sono in attesa di una valutazione da parte del Prof. \_\_\_\_\_, Universitätspital \_\_\_\_\_. (...)” (doc. Z/4) – vi è da concludere che l'insorgente abbia rinunciato alla produzione di ulteriori prove (in argomento cfr. la STF 8C\_45/2010 del 26 marzo 2010).

2.11.4. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM nella perizia pluridisciplinare del 25 agosto 2015 con complemento del 26 luglio 2016 devono essere confermate con la seguente precisazione. Visto che le prime visite dal dr. \_\_\_\_\_ risalgono al gennaio 2016, rettamente i periti, nel complemento peritale del 26 luglio 2016, hanno rilevato che “(...) riteniamo comunque possibile che nel corso del 2016 sia subentrato un peggioramento dal punto di vista psichiatrico e che quindi il quadro clinico dal punto di vista psichiatrico sia diverso rispetto a quanto da noi valutato e meritevole di una rivalutazione specialistica. Le valutazioni comunque non sono in grado di attestare una qualunque modifica dello stato di salute precedentemente al dicembre 2015. (...)” (XX/2, pag. 53). Ricordato che un'eventuale durevole inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico potrà essere presa in considerazione solo nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni non essendo al momento della decisione contestata – il 26 gennaio 2016 – trascorsi tre mesi di durevole modifica ai sensi dell'art. 88a cpv. 2 OAI, si giustifica la trasmissione degli atti all'amministrazione affinché, esperiti i necessari accertamenti medici, stabilisca se in un periodo successivo alla decisione impugnata vada riconosciuto il diritto a prestazioni. Al riguardo giova rilevare che nelle osservazioni del 31 agosto 2016 il dr. \_\_\_\_\_ rileva che “(...) la Signora RI 1 rimane tuttora in cura, assume regolarmente il farmaco e sta finalmente seguendo un trattamento psichiatrico, psicofarmacologico e psicoterapeutico integrato, trattamento che precedentemente non era stato mai introdotto, poiché probabilmente non aveva mai trovato la possibilità per farlo, tanto è vero che si era creata anche una negazione della sofferenza psichica e di un eventuale trattamento. (...)” (doc. AA/7, pag. 4)

2.11.5. Quanto al richiamo dell'incarto completo dall'assicurazione malattia va rilevato quanto segue. Se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata

è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In simili circostanze – ritenuto anche che la giurisprudenza federale non ammette una richiesta in termini generici di edizione di documentazione, atteso che è preciso dovere dell'interessato indicare con esattezza, potendosi da lui esigere (a maggiore ragione se patrocinato) che proceda in modo selettivo e mirato all'offerta e produzione dei mezzi di prova rilevanti per il giudizio e non incombendo ai giudici cantonali il compito di supplire ad eventuali carenze in tal senso (cfr., tra le altre, le STFA H 5/02 del 31 gennaio 2003, consid. 4.3; H 10 + 45/01 del 16 settembre 2002, consid. 4.3.2; H 170/01 del 23 luglio 2002, consid. 3.3; H 444/00 del 25 giugno 2002, consid. 4d e H 153/01 del 5 novembre 2001, consid. 4c.) –, la domanda formulata dall'insorgente va respinta. Nella misura in cui chiedesse l'allestimento di una perizia giudiziaria – "(...) con il proprio ricorso l'assicurata ha pertanto contestato la decisione dell'Ufficio AI e ciò tanto dal profilo economico quanto dal profilo medico. Con la successiva documentazione medica prodotta, l'assicurata ha poi voluto dimostrare che la perizia del SAM si presenta se non già lacunosa perlomeno sotto taluni aspetti perlomeno meritevole di essere completata mediante ulteriori consulti ed esami specialistici se non anche mediante risposte a precise domande dell'assicurata ed il tutto per ottenere, come già domandato nel ricorso, se non già il diritto ad una rendita d'invalidità sino a prossima revisione perlomeno il rinvio degli atti all'Ufficio AI per nuovi accertamenti medici ed economici con conseguente emanazione di un nuovo progetto di decisione. Dal canto suo l'assicurata non riteneva infatti possibile sanare le differenti necessità mediante una perizia giudiziaria e ciò pur consapevole del fatto che tale decisione non le compete però avendo espressamente formulato la domanda (cfr. DTF 10 aprile 2006, inc n I 814/05, cit in CATTANEO, Le perizie nelle assicurazioni sociali, CPFG Volume 21, n. 39). (...)” (XXIV, pag. 10) – va osservato quanto segue. 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. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag.

#### **E. 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). In concreto, questo Tribunale ritiene che dopo l'esauriente complemento peritale 26 luglio 2016 del SAM e quanto rilevato ai considerandi 2.11 e 2.11.1-3, anche avuto riguardo alle prese di posizione dei dottori \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (doc. AA/5-7), non è possibile concludere che un peggioramento valetudinario sia insorto prima della decisione impugnata (vedi anche il consid. 2.11.4). Questo vale a maggior ragione ribadito che le discrepanze tra le dichiarazioni della ricorrente ai periti del SAM e quelle più recenti ai periti di parte non giustificano lo scostarsi dalle motivate conclusioni del SAM. 2.12. L'insorgente contesta

la determinazione del grado d'invalidità mediante il confronto percentuale dei redditi. Per giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; cosiddetto raffronto dei redditi percentuale). Il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Da ultimo, questo principio è stato confermato dal TF nelle sentenze 9C\_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 6 e 9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013 consid. 5. In quelle occasioni l'Alta Corte aveva evidenziato: " Giova infatti ricordare che nel caso in cui - come quello di specie - continua a beneficiare di una capacità lavorativa residua nell'attività lucrativa che esercitava a tempo parziale prima del danno alla salute, la persona assicurata non subisce una incapacità di guadagno nella misura in cui la sua capacità lavorativa residua è superiore o uguale al tasso di attività che eserciterebbe senza detto danno ( DTF 137 V 334 consid. 4.1 in fine pag. 340 con riferimento). Orbene, in concreto è stabilito che l'assicurata è in grado di riprendere - seppure con una capacità lavorativa limitata - un impiego nel suo precedente ambito di attività. In tal modo è effettivamente possibile procedere a un confronto percentuale per valutare la perdita di guadagno e, di conseguenza, l'invalidità nella parte dedicata all'esercizio di un'attività lucrativa (cfr. DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti)." In concreto, ritenuto che nella perizia 25 agosto 2015 del SAM – perizia alla quale, conformemente alla giurisprudenza (cfr. consid. 2.10) e per quanto visto sopra, va riconosciuta piena forza probatoria – i periti hanno concluso per una capacità lavorativa del 90% tanto nell'attività abituale quanto in un'attività adeguata (cfr. doc. AI 58/233, punto 7) e visto che, nella valutazione dell'11 settembre 2015 (doc. AI 59/278-279), il consulente in integrazione professionale ha rilevato che "(...) l'assicurata è da ritenersi abile in qualsiasi attività lavorativa con una minima riduzione del rendimento. È quindi reintegrabile sia in attività abituale svolta fino al 2013 che in altre attività lavorative in ogni settore lavorativo, si giustifica, per il calcolo del grado d'invalidità, l'applicazione del confronto percentuale dei redditi. [...] L'assicurata presenta una capacità di guadagno residua del 90% ed un grado d'invalidità del 10% (il minor discapito è conseguito in attività abituale). (...)" (doc. AI 59/279), questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dall'applicazione del confronto percentuale dei redditi per il calcolo del grado d'invalidità. 2.13. L'insorgente ha chiesto che l'Ufficio AI sia tenuto a rimborsargli i costi sostenuti per l'esecuzione delle perizie del dr. \_\_\_\_\_ (doc. Z/3), del dr. \_\_\_\_\_ (VI/1) e del dr. \_\_\_\_\_ (VIII/1), quantificate in complessivi fr. 8'550.-- (XXIV pag. 15 e X con allegati X/1-3). Giusta l'art. 43 cpv. 1 LPGa l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Secondo l'art. 45 cpv. 1 LPGa, l'assicuratore sociale assume le spese per l'accertamento, sempre che abbia ordinato i provvedimenti. Se non ha ordinato alcun provvedimento, ne assume ugualmente le spese se i provvedimenti erano indispensabili per la valutazione del caso oppure se fanno parte di prestazioni accordate successivamente. L'art. 78 cpv. 3 OAI precisa inoltre che le spese dei provvedimenti

d'accertamento sono assunte dall'assicurazione se questi sono stati ordinati dall'ufficio AI o, altrimenti, se erano indispensabili all'erogazione delle prestazioni, oppure erano inerenti ai provvedimenti integrativi concessi in seguito. D'altra parte, per l'art. 61 lett. g LPGGA, il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili secondo quanto stabilito dal tribunale delle assicurazioni. L'importo è determinato senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Fanno parte delle spese "ripetibili" ai sensi dell'art. 61 lett. g LPGGA non solo i costi di patrocinio, ma anche particolari esborsi insorti per misure di accertamento (per esempio medico) che avrebbero dovuto essere ordinate dall'amministrazione, o, rispettivamente, dal Tribunale cantonale, ma che sono stati invece predisposti dall'assicurato parte della procedura (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. ed., 2015, all'art. 61 n. 196-198, pagg. 832-833). In proposito, nella sentenza pubblicata in DTF 115 V 62 l'allora TFA ha statuito che nell'ambito dell'indennità di parte ripetibili ex art. 61 lett. g LPGGA la parte vincente che si è prevalsa di una perizia di parte ha diritto al rimborso della spese del perito (onorario e altre spese) a titolo di ripetibili, nella misura in cui la perizia si sia rilevata necessaria per la decisione, nel senso che la stessa abbia permesso di accertare in maniera convincente e decisiva ai fini del giudizio l'effettiva situazione medica, evitando quindi di dover ricorrere ad una perizia giudiziaria, ("Umtriebsentschädigung"; confermato anche nelle STF 8C\_388/2010 del 7 dicembre 2010 consid. 10.2 e 8C\_673/2009 del 22 marzo 2010 consid. 8.3.1) Inoltre, secondo la giurisprudenza, l'assicurato ha diritto alla rifusione dei costi della perizia privata anche nel caso in cui la stessa sia stata determinante per il rinvio degli atti per l'espletamento di ulteriori accertamenti. La perizia privata ha infatti influito in misura determinante sulla conclusione della procedura (STF 8C\_388/2010 del 7 dicembre 2010 consid. 10.2 e 8C\_673/2009 consid. 8.3.2 con riferimento alla STFA I 1008/2006 del 14 aprile 2007 consid. 3.3). La rifusione dei costi peritali presuppone altresì ovviamente che il ricorso ad una perizia privata fosse da considerare necessario, nell'ottica di un'adeguata difesa dei propri interessi (STF 8C\_388/2010 del 7 dicembre 2010 consid. 10.2). Nella fattispecie l'Ufficio AI non deve essere tenuto ad assumersi i costi delle succitate valutazioni peritali. In effetti, le stesse non hanno completamente delucidato le condizioni dell'assicurata e, inoltre, non si sono rivelate determinanti ai fini della presente pronuncia che stabilisce che fino alla resa della decisione impugnata valgono le conclusioni dei periti del SAM e del consulente in integrazione professionale. 2.14. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va confermata e gli atti trasmessi all'Ufficio AI affinché, esperiti i necessari accertamenti medici, stabilisca se nel periodo posteriore alla decisione impugnata vi è o meno diritto alle prestazioni. 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.-- e fr. 1'000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico della ricorrente.

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