

TI_GERICHTE 32.2017.110 vom 30. Mai 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.110

FR: TI_GERICHTE 32.2017.110 du 30 mai 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.110 del 30 maggio 2017

Regeste

Nuova domanda. Confermata la valutazione medica (perizia bidisciplinare reuma e psi) e quella economica fino al momento dell'emissione della decisione. Rinvio atti all'Ufficio AI perché tratti la documentazione medica prodotta alla stregua di una nuova domanda

Erwägungen

E. 1

OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Al riguardo nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Va ancora rilevato che nella STF 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che "(...) se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). (...)" (registro della DTF 141 V 9).

2.4. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.6), l'Ufficio AI è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni del mese di luglio 2016. L'amministrazione – vista la "richiesta perizia" del 13 ottobre 2016 con la quale il medico SMR dr. _____ ha indicato la necessità di procedere ad una perizia bidisciplinare (psichiatrica e reumatologica) (doc. AI 151/476) – ha ordinato una perizia psichiatrica a cura del _____ (doc. AI 152/477-481) e una reumatologica a cura del dr. _____ (doc. AI 157/487-489). Nella perizia del 19 dicembre 2016 (doc. AI 171/506-517), il dr. _____, FMH in reumatologia – descritta l'anamnesi (famigliare, personale remota, sociale e professionale), indicati i dati soggettivi (anamnesi e affezione attuale) e quelli oggettivi (status reumatologico e esami radiologici) e poste le seguenti diagnosi con

ripercussioni sulla capacità lavorativa: "(...) - sindrome pan-vertebrale su alterazioni statiche della colonna vertebrale con scoliosi a forma di S, tendenza ipercifotica, alterazioni degenerative prevalentemente al passaggio lombare con condrosi L4-L5 e L5-S1 - periartropatia omero-scapolare tendinopatica e artrosi acromio-clavicolare e stato dopo intervento chirurgico di borsectomia sottoacromiale e acromio-plastica il 23.08.2001 per una tendinite calcificata - fibromialgia di tipo primaria in relazione con una sindrome ansioso-depressiva (...)" (doc. AI 171/513) – , circa la capacità lavorativa e le possibilità di miglioramento si è così espresso: " (...)

E. 5

GRADO DI CAPACITÀ DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LUCRATIVA O DELL'ATTIVITÀ ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Si tratta di una assicurata che ha svolto le attività professionali di parrucchiera e di estetista nonché di manicure e pedicure. Ha un diploma di parrucchiera e ha seguito dei corsi di estetista. Ha interrotto l'attività professionale definitivamente nel 2014. Ha lavorato come dipendente e come indipendente. A partire dal dicembre del 2014 lavora quale animatrice presso la casa anziani _____ a _____ con un contratto all'80%. A partire dal 12.12.2014 è in incapacità lavorativa, al 70%, per motivi psichiatrici. Le problematiche più importanti in questa assicurata sono di tipo psichiatrico. Queste hanno determinato prevalentemente l'incapacità lavorativa dell'assicurata. Essa ha beneficiato di una rendita d'invalidità per un'incapacità lavorativa al 100% dal 01.02.2002 e al 44% dal 01.05.2002 fino al marzo di quest'anno [ndr. recte: marzo 2015]. Da allora via la rendita d'invalidità è stata sospesa. [...]. Clinicamente vi è una scoliosi a forma di S della colonna vertebrale, una tendenza ipercifotica della parte alta della colonna vertebrale stessa. La mobilità è piuttosto ben mantenuta con dei dolori abbastanza contenuti. Non vi sono segni compressivi o irritativi radicolari o deficitari sensitivo o motorici. Le indagini radiologiche da me effettuate mostrano un'importante scoliosi sinistroconvessa al passaggio toraco-lombare. Vi è una condrosi al segmento L4-L5 e L5-S1. Per la spalla destra attualmente vi è un'impotenza funzionale nell'abduzione e elevazione del braccio in particolar modo contro resistenza. Vi è un arco dolente. Non vi è un vero e proprio test d'impingement positivo. Non vi sono segni di rottura a tutto spessore o parziale della cuffia dei rotatori. Le indagini radiologiche effettuate, in particolar modo una RM della spalla destra del 2014 e le radiografie convenzionali da me effettuate mostrano soprattutto un'artrosi acromio-clavicolare, non vi sono calcificazioni e non vi sono segni di omartrosi. Il quadro clinico è poi completato da tutti i tender points necessari per la diagnosi di una fibromialgia di tipo primario. Accanto al reperto clinico si associano per questa diagnosi anche tutta una serie di disturbi funzionali e l'importante sindrome ansioso-depressiva.

E. 5.1

Limitazioni funzionali L'assicurata è limitata in attività lavorative da svolgere col braccio destro con forza e contro resistenza soprattutto se deve tenere il braccio destro alzato sopra l'orizzontale per un periodo piuttosto prolungato. Limitata in movimenti ripetitivi di rotazione, abduzione ed elevazione del braccio destro. Per quanto riguarda la colonna toraco-lombare vi sono delle limitazioni in attività lavorative particolarmente pesanti e non ergonomiche per la colonna vertebrale stessa. L'attività sedentaria è da considerare in parte limitata soprattutto se l'assicurata deve rimanere per lungo tempo seduta. La posizione in piedi cambiando appoggio invece può essere mantenuta per lungo tempo. Può alzare al

massimo 7,5-10 kg saltuariamente.

E. 5.2

Incapacità lavorativa nell'ultima attività professionale svolta Per quanto riguarda l'ultima attività professionale svolta di animatrice presso la casa anziani _____ a Savosa l'assicurata può essere ritenuta inabile al lavoro nella forma del 20% da riferire ad una riduzione del rendimento per un'attività lavorativa da svolgere sull'arco di un'intera giornata. Questo a partire dal novembre del 2008. Per l'attività di casalinga l'assicurata può essere considerata inabile al lavoro nella forma del 30%. Per l'attività di parrucchiera precedentemente svolta ritengo l'assicurata inabile al lavoro nella forma del 60%. Mi rifaccio qui anche alla valutazione del collega reumatologo Dr. med. _____ del 2004. Rispetto a quella data ritengo che vi sia un certo peggioramento delle condizioni di salute determinato soprattutto dal subentrare dei disturbi alla colonna vertebrale e sulle alterazioni statiche e degenerative alla zona lombare.

E. 5.3

Capacità lavorativa residua in un'attività lavorativa adatta Ritengo l'attività lavorativa attualmente svolta di animatrice presso la casa anziani _____ a _____ un'attività lavorativa adatta. Anche in un'attività adatta l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 20% da riferire a una riduzione del rendimento per permettere all'assicurata pause più lunghe e più frequenti. L'incapacità lavorativa da me determinata per quanto riguarda le patologie all'apparato muscolo-scheletrico non è da sommare in modo rilevante con quella determinata dalla perizia psichiatrica. Questo per il fatto che ho tenuto conto nella mia valutazione peritale anche dei disturbi diffusi a carattere somatoforme e che si riflettono nella diagnosi di una sindrome fibromialgica. Ricordo a questo proposito che il collega Dr. med. _____ aveva posto la diagnosi di sindrome del dolore cronico. La prognosi per quanto riguarda i disturbi all'apparato muscolo-scheletrico è da considerarsi moderatamente favorevole in particolar modo per quanto riguarda i problemi degenerativi alla colonna lombare ma anche per i disturbi alla spalla destra. Per la sintomatologia dolorosa la prognosi è poco favorevole. Non vi sono segni di aggravamento della sintomatologia. Non vi sono a mio modo di vedere difficoltà di reinserimento professionale. L'assicurata può ritornare per quanto riguarda le problematiche solo di pertinenza reumatologica a svolgere l'attività lavorativa che sta svolgendo attualmente presso la casa anziani _____ come dal contratto attualmente esistente. Non ritengo che vi sia necessità di un nuovo inserimento professionale in un'altra attività lavorativa. Determinante per quanto riguarda la continuazione di questa professione sono i disturbi di tipo psichiatrico.

E. 6

POSSIBILITÀ DI MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE Ritengo che l'assicurata dovrebbe svolgere accanto a delle terapie di osteopatia anche della ginnastica per migliorare la sua postura. In effetti tende in modo evidente a una ipercifosi della colonna toracale. Un rinforzamento a carattere isometrico della muscolatura paravertebrale potrebbe aiutare nel mantenere un miglior portamento. Queste terapie non modificano la capacità lavorativa dell'assicurata. (...) (doc. AI 171/514-517). Nella perizia del 9 gennaio 2017 (doc. AI 177/524-546), i dottori _____ e _____, FMH in psichiatria e psicoterapia e direttrice rispettivamente capo clinica del _____ – elencati gli atti considerati ai fini della valutazione psichiatrica, esposti i dati clinici (l'anamnesi, l'esame

clinico secondo AMDP-System e gli approfondimenti testali), la descrizione della giornata, attività e abitudini e il trattamento psichiatrico attuale – , hanno posto la seguente diagnosi con influsso sulla capacità di lavoro: “(...) Sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di media gravità in parziale remissione (F33.1) Sindrome da dipendenza da benzodiazepine (F13.25) Disturbo misto della personalità (tratti istrionici, immaturi) (F61.0) (...)” (doc. AI 177/543). In sede di discussione e circa le conseguenze sulla capacità lavorativa i periti del CPAS si sono così espressi: " (...) 7. DISCUSSIONE Come precedentemente sottolineato dal Dr _____ nella sua valutazione per il SAM del 2004 l'assicurata presenta dei tratti conversivi e immaturi ed una tendenza alla rimozione dei conflitti intrapsichici con conseguente somatizzazione. Nelle relazioni sembra aver avuto o serie difficoltà nel superamento dei lutti o, al contrario, un'estrema facilità a rompere i rapporti screditando completamente gli altri e anche nella situazione con il cugino che sembra aver preceduto il primo episodio di scompenso, non appare chiaro come possa esser stato possibile che le siano stati sottratti tutti i clienti se non per una sua superficialità e difficoltà nel comprendere bene l'intenzionalità degli altri. Anche con il figlio l'assicurata sembra avere un rapporto a tratti non ben proporzionato, se anche il coniuge dice che battibeccano come "marito e moglie" ; l'assicurata sottolinea ripetutamente che il figlio è la fotocopia fisica a mentale dell'ex marito mostrando quindi un'estrema superficialità nell'analisi oltre che una sintesi che non fa che alimentare il conflitto, vista l'idea che l'assicurata stessa ha dell'ex marito. Nella modalità di gestire le relazioni interpersonali ed il modo di percepire le cose e gli eventi manifesta una certa immaturità e superficialità e questo appare un aspetto abbastanza pervasivo e costante fin dalla tarda adolescenza e pertanto si può confermare la presenza di un disturbo della personalità misto probabilmente legato anche alle esperienze traumatiche sottolineate dal Dr. _____ nella sua perizia fiduciaria che, tuttavia, non appare aver avuto un influsso importante sulla capacità lavorativa in passato ed alcuni aspetti istrionici potrebbero essere stati addirittura funzionali. Piuttosto gli aspetti personologici sono importanti per quanto riguarda la patomorfosi del disturbo depressivo che presenta caratteristiche di atipicità, la costante presenza di una quota ansiosa similpanica elevata (durante gli episodi depressivi) associata a permanenti fobie che si sono sviluppate a partire dal secondo episodio depressivo del 2000 e che si sono mantenute nel tempo, oltre che ad una certa teatralità ed enfasi sul somatico e la comparsa negli ultimi anni di alcuni sintomi dissociativi; l'assicurata, nonostante da anni sia in trattamento, presenta un deficit di insight che potrebbe essere attribuito alle modalità rigide del funzionamento intrapsichico dovute al disturbo personologico. A mio avviso lo stato ansioso costante e anche alcuni picchi di ansia non sono codificabili come sindrome da attacchi di panico o d'ansia generalizzata perché non sono soddisfatti i criteri A di entrambi i disturbi, ma sono manifestazioni del disturbo depressivo che contribuiscono ad aggravarlo e a renderlo maggiormente disabilitante. Come si dirà oltre, in parte i picchi di ansia possono essere attribuiti all'abuso di benzodiazepine e ad effetti rebound. Appare indubitabile invece viste le ripetute diagnosi peritali, ospedaliere, e dei curanti, che confermano la presenza di episodi depressivi discreti desumibili dagli atti (1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2009, 2012, 2013, 2016) la presenza di una sindrome depressiva ricorrente. La Dr.ssa _____ sottolinea nei suoi rapporti come, negli ultimi anni, non si sia avuta una vera remissione tra i singoli episodi depressivi che sembrerebbe presentino costantemente una perdita ponderale importante (in assenza di un disturbo dell'immagine corporea o di una weight fobia o di comportamenti compensatori tali da porre la diagnosi di anoressia nervosa) e che, dal 2013, si assocerebbero a episodi

dissociativi motori che sono stati approfonditi in sede peritale e che corrispondono a delle pseudo crisi epilettiche (senza morsus, senza perdita di urine, senza clonie) che non sono state nemmeno approfondite a livello ospedaliero e con cui si sono aperti gli ultimi due episodi depressivi. Nonostante questo, se si confronta l'attuale esame clinico e quello del dr _____ del 2004 non si notano marcate differenze: anche in questo caso non si è mai avuto un comportamento che oggettivi la lamentata astenia o i dolori da cui si dice afflitta o una quota d'angoscia importante anche se si è avuta l'impressione di una fragilità del quadro che limita soprattutto la persistenza e la flessibilità oltre che anche la competenza, dal momento che si evince un problema di attenzione che appare significativo sia dalla raccolta anamnestica che dal comportamento tenuto durante la valutazione, che da una certa superficialità al limite della fatuità al contatto (che si evince anche nelle valutazioni della Dr.ssa _____ e del Dr. _____ anche se attribuito ad una deferenza e riverenza). Questo, a mio avviso, potrebbe in parte dipendere dall'uso ormai cronico di dosaggi anche elevati (verso cui parrebbe mostrare tolleranza) di benzodiazepine pur prescritte dalla curante e, a distanza di quasi vent'anni, a dosaggi difficilmente eliminabili o sostituibili se non forse in ambiente stazionario e con una degenza prolungata. Questo potrebbe giustificare in parte il lieve ma significativo deficit attentivo e mnesico apprezzabili alla valutazione. Attualmente non sono presenti i sintomi per poter porre una diagnosi categoriale di episodio depressivo di grado medio ma la permanenza del suddetto deficit cognitivo (frequentemente l'ultimo a sparire nella remissione e frequentemente un sintomo residuo) e del non recupero ponderale oltre che dell'asserita astenia che comunque non appare così importante, si potrebbe parlare di un pregresso episodio depressivo di grado medio in non completa remissione sintomatologica. Non concordo in questo senso con la valutazione del Dr. _____ (praticamente concomitante alla mia) che ritiene soddisfatti i criteri per porre diagnosi di episodio depressivo medio: egli genericamente parla di 2 sintomi del criterio B e quattro del criterio C che io non riscontro. A mio avviso l'umore è lievemente deflesso e ancora influenzabile dalle circostanze e modulabile anche nel colloquio e non vi è anedonia. Inoltre, pur presentando ancora alterazioni dell'appetito ed una certa insicurezza, non vi sono sentimento di colpa, rallentamento psicomotorio ed i deficit di concentrazione sono maggiormente attribuibili all'uso di benzodiazepine. Per questo a mio avviso se è stato presente un episodio di media gravità attualmente esso è in fase di parziale e non completa remissione. Tenendo in considerazione quindi gli aspetti personologici, la depressione ricorrente cronica e l'uso massiccio di benzodiazepine ritengo che vi sia una limitazione della capacità lavorativa ma il quadro non sembra che negli ultimi anni si sia fortemente modificato: addirittura l'assicurata dal settembre 2015, in modo sicuramente poco congruo o quantomeno poco consapevole della propria vulnerabilità ha insistito, anche contro il parere della curante, per incrementare il tasso di lavoro a 32 ore alla settimana (corrispondenti ad un 80%) mostrando rapidamente di non riuscire a reggere e presentando una ricaduta mentre apparentemente, da quanto risulta anche agli atti, gli episodi depressivi negli ultimi anni erano anche diminuiti di frequenza. Per questo ritengo verosimile che l'assicurata non abbia presentato mai nel corso di questi anni un miglioramento della sua capacità lavorativa rispetto a quanto stimato dal dr. _____ e che corrispondeva per motivi psichiatrici ad un 50% nell'attività di parrucchiera e del 60% nell'attività adeguata quale parrebbe essere quella attuale di animatrice in casa anziani. Peraltro l'assicurata, anche al di fuori del lavoro, dimostra di riuscire ad agire nel campo del volontariato e di collaborare nell'organizzazione di eventi della compagnia teatrale del marito; pur vivendo abbastanza ritirata mantiene contatti e amicizie e ha un matrimonio che

appare positivo e supportivo; non sembra aver modificato in questi anni la sua mobilità e i suoi interessi che erano e rimangono ridotti ma non sembrano essersi sostanzialmente modificati dall'ultimo episodio depressivo. Non ritengo quindi che il quadro attuale per quanto attiene alla capacità lavorativa, se si eccettua il periodo da gennaio a luglio 2016 in cui si può ritenere valida la certificazione della curante, si discosti da quanto osservato già nel 2004 dal Dr. _____ ed anche il decorso è stato abbastanza inesorabilmente invariato, come dimostrano i vari rapporti di decorso della Dr.ssa _____. Certamente ritengo che l'attività attuale sia la più adeguata non richiedendo sforzi fisici, avendo un carico di lavoro e responsabilità limitati e necessitando di un'interazione superficiale e di una collaborazione non necessariamente orientata ad una performance produttiva; dubito che l'assicurata avrebbe le risorse intrapsichiche per adattarsi ad un nuovo lavoro per cui ritengo che sia molto importante cercare di preservare il più possibile l'attuale luogo di lavoro anche attraverso interventi dell'Al, per quanto di competenza. In questo senso mentre mi sembra che anche il Dr. _____ sia sulla mia stessa linea, non concordo con quanto asserito dalla Dr.ssa _____ nel suo scritto del 16.11.2016 dove sottolineava l'ipercoinvolgimento emotivo dell'assicurata e le conseguenze negative su di lei; ho affrontato esplicitamente l'argomento con l'assicurata e benché ella sia sensibile alle storie che i degenti della casa di riposo le raccontano questo non ha effettive ripercussioni sul suo stato né al lavoro né al domicilio. Ritengo invece che l'attuale attività sia adeguata e che in un'altra attività anche per le ridotte capacità di adattamento l'assicurata rischierebbe un peggioramento del quadro clinico e funzionale. Per quanto attiene ad un eventuale disabilità reumatologica si tenga presente che, come si può vedere anche dalle diagnosi poste, l'attuale stima della disabilità è relativa esclusivamente alla patologia psichiatrica per cui si dovrà tenere conto di una parziale cumulabilità con eventuali patologie somatiche invalidanti. L'assicurata ha collaborato alla valutazione peritale e non si è avuta l'impressione clinica di aggravamento volontario della sintomatologia. C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1. Descrizione di risorse e deficit-secondo schema – MINI ICF-APP – 1. Rispetto delle regole: grado di disabilità assente: non sono presenti disturbi psicopatologici che la rendano inaffidabile o incapace di integrarsi nei processi organizzativi di una struttura. 2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità assente: l'assicurata sa gestire lavoro e casa anche se i tempi di recupero sono aumentati al termine del lavoro a causa della stanchezza. 3. Flessibilità: grado di disabilità moderato-grave: un carico superiore al 60% di tempo lavoro o una maggiore densità di impegni o picchi di lavoro all'interno del tempo stimabile come esigibile comprometterebbero verosimilmente il funzionamento. Si ricorda che il tentativo di lavoro all'80% del settembre 2015 è andato incontro ad un peggioramento seppur temporaneo del quadro dopo poco più di tre mesi. 4. Competenze: grado di disabilità moderato: per il deficit attentivo e mnemonico l'assicurata presenta limitate capacità di assumersi compiti di responsabilità o di reggere una mansione che necessiti di elevati livelli di concentrazione sostenuta nel tempo. 5. Giudizio: grado di disabilità assente: esame di realtà corretto. 6. Persistenza: grado di disabilità moderato-grave: questa è la dimensione più inficiata sia perché presenta ancora astenia, faticabilità, perdita di concentrazione, sia perché un sovraccarico potrebbe comportare ricadute anche relativamente alla numerosità degli episodi depressivi precedenti per cui non è esigibile un carico superiore al 60% nell'attuale attività. 7. Assertività: grado di disabilità lieve: l'assicurata non presenta sentimenti di incapacità o inadeguatezza anche se presenta talvolta, soprattutto nelle relazioni, una lettura delle dinamiche immatura e superficiale che potrebbe, in ambito lavorativo, comportare fraintendimenti negativi per il clima di lavoro.

8. Contatto con gli altri: grado di disabilità assente: presenta uno stile relazionale talvolta distanziante, talvolta eccessivamente accogliente e idealizzante ma questo era presente anche prima dello sviluppo della malattia e non aveva influsso sulla capacità lavorativa. 9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità assente: non presenta comportamenti scostanti o un'eccessiva reattività o irritabilità.

E. 10

Relazioni intime: grado di disabilità assente: buon supporto da parte del compagno; i rapporti difficili con i fratelli non appaiono essere influenti sulla capacità lavorativa.

E. 11

Attività spontanee: grado di disabilità assente: l'assicurata fa attività di volontariato, aiuta la compagnia teatrale del marito e non presenta notevole ritiro sociale.

E. 12

Cura di sé: grado di disabilità assente

E. 13

Mobilità: grado di disabilità assente: lamenta che se deve fare percorsi sconosciuti l'ansia aumenta anche se non appare limitarsi o evitare e non necessita di accompagnamento. (...) (doc. AI 177/543-546). I periti del _____ hanno quindi concluso che "(...) in definitiva ritengo giustificati i periodi di IL certificati dalla curante dal 18.01.2016 al 31.07.2016 mentre dal 01.08.2016 ritengo che la capacità lavorativa dell'assicurata per motivi psichiatrici sia ritornata ad essere quella precedente e cioè del 50% (diminuzione del tempo) in attività di parrucchiera e 60% (diminuzione del tempo) in attività adeguata come quella attualmente svolta alla percentuale del 40%. Il tutto considerato su un tempo lavoro pieno. Nell'attività di casalinga l'assicurata presenta sul piano medico teorico una limitazione del rendimento quantificabile al massimo in un 20% che tiene conto della necessità di maggiore recupero dal lavoro, anche se sarebbe opportuna un'inchiesta domestica. La prognosi per un ulteriore miglioramento della capacità lavorativa è infausta e appare probabile che il livello di funzionamento massimo permanga quello attualmente stimato. Certamente utile un supporto all'attuale posto di lavoro che sembra adeguato alle limitazioni funzionali e sfrutta bene le risorse residue, mentre non ritengo che interventi farmacologici specifici possano modificare in modo significativo la capacità lavorativa dell'assicurata. (...)" (doc. AI 177/546). L'insorgente, con scritto del 29 agosto 2017 (XI e allegato XI/1), ha trasmesso al TCA il rapporto medico del 28 agosto 2017 con il quale la dr.ssa _____ – indicato che ha in cura la paziente dal 15 settembre 2000 e che è affetta "(...) da una sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F 33), con plurime recidive nel corso degli anni, che inizialmente aveva necessitato anche di diversi ricoveri in ambito stazionario. Presenta inoltre un disturbo da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0). (...)" (X/1) – ha rilevato che "(...) la paziente è stata ricoverata dal 05.07.2017 al 07.08.2017 presso la Clinica _____ di _____, dove è stata dimessa con diagnosi di episodio depressivo di media gravità in disturbo di personalità ansioso (F32.1 e F60.6); sindrome fibromialgica, ernia discale L4-S1. Alla dimissione è stata prescritta una terapia con Efexor ER 150 mg 1-0-0, Neurontin 400 mg cp 1-1-1-1, Dormicum 15 mg cp 0-0-0-1. Il ricovero si motivava per una grave riacutizzazione della sintomatologia depressiva con attacchi di panico. La paziente aveva cessato l'attività lavorativa dal 30.11.2015 per lo sviluppo di un nuovo episodio depressivo grave. Lavora come badante e dama di compagnia presso la Casa Anziani _____ da ottobre 2014. L'attività era iniziata nel dicembre 2014. Il

04.02.2016 aveva ripreso l'attività lavorativa al 50%, non riuscendo però a lavorare per un rapido peggioramento del quadro depressivo. Temeva di essere licenziata e la sua grande motivazione alla ripresa dell'attività lavorativa era evitare di incorrere nella perdita del posto di lavoro e in difficoltà economiche. L'avevo dichiarata inabile al 100% dal 08.02.2016. Il 04.04.2016 aveva ripreso l'attività lavorativa al 60% fino al 09.05.2016. Ricordo che ha un impiego all'80%. Ha continuato a lavorare sempre con fatica presentando un quadro depressivo caratterizzato da astenia, apatia, ansia e disforia. Il 12.12.2016 aveva presentato poi un ulteriore peggioramento dell'episodio depressivo allora in corso causa di un'incapacità lavorativa al 70% tutt'ora in corso. Dalla dimissione ha lamentato un rapido peggioramento dei sintomi: insonnia persistente, attacchi di panico, ansia, depressione. Ho aggiunto in terapia Dormicum 15 mg cp. 2 alla notte. L'avevo dichiarata inabile al 100% fino al 31.08.2017 e inabile al 70% dal 01.09.2017, poi da verificare. Nel corso di questi anni posso sicuramente dire che si è sempre trattato di una persona estremamente desiderosa del mantenimento del proprio ruolo lavorativo ma che a causa dei suoi problemi di salute (ricorrenza di episodi depressivi gravi) non è mai riuscita, a partire dal 2015, a recuperare un'attività lavorativa al 50%. Al massimo ha lavorato per brevi periodi al 40% con rapide ricadute per aumento dello stress. A livello attuale sicuramente la situazione è da rivalutare, la paziente deve poter essere messa a beneficio di una mezza rendita di invalidità. (...)” (X/1). L'Ufficio AI, con osservazioni dell'8 settembre 2017 (XII e allegato XII/1), ha trasmesso al TCA il rapporto complementare del 1. settembre 2017 dei periti del _____ del seguente tenore: “(...) Ho preso visione del materiale inviatomi in formato informatico e della relazione della Dr.ssa _____ del 26.08.2017 (ndr. recte: 28.08.2017] allegata al ricorso al TCA. Rispetto allo scritto della curante in cui ella ripercorre le IL nel corso del 2016, vi sono delle incongruenze rispetto alle percentuali di IL risultanti dagli atti da Voi fornitimi. Rispetto a questo non ho personalmente una spiegazione. Sottolineo inoltre, a titolo abbondanziale, che dal luglio 2016 vi era un certificato della curante di piena abilità e, relativamente al peggioramento che sarebbe insorto dal 12.12.2016, non posso concordare visto che la mia osservazione era concomitante a quel periodo e quindi si tratta di un diverso apprezzamento. Rispetto al nuovo ricovero occorso nel luglio del 2017 non posso prendere una piena posizione dal momento che sono sprovvisto del rapporto di dimissione dalla Clinica _____ che comunque, stando a quanto riportato dalla Dr.ssa _____ parlerebbe di un episodio depressivo di media gravità, il che farebbe pensare che in precedenza (anche se difficile stabilire esattamente da quando fosse stata fatta domanda di ricovero), il quadro fosse comunque migliore e quindi sovrapponibile a quanto da me valutato. Stando poi allo scritto del signor _____ direttore di _____ (28.06.2017) secondo cui vi sarebbe stato un peggioramento dello stato di salute da settembre 2016 sottolineo che questo non ha riscontro in certificazioni di peggioramento da parte della curante e, rispetto alle problematiche di concentrazione l'argomento era stato trattato e tenuto in considerazione in perizia nella valutazione della CL mentre, relativamente al dimagrimento, sottolineavo che questo perdurava stabile da un anno come evidente segno di non completa risoluzione dell'episodio depressivo che, anche nella mia valutazione peritale, giudicavo ancora in corso benché in parziale remissione. Anche relativamente al ricorso dell'Avvocato _____ quando, a pagina 6 del suo scritto, fa riferimento alla contraddittorietà della perizia sono in disaccordo. Infatti il sottoscritto, pur giudicando sul piano clinico la presenza di una parziale remissione dell'episodio depressivo di media gravità e quindi migliore rispetto al giudizio diagnostico del Dr. _____ posto nel 2004, riteneva che la CL fosse

sovrapponibile (pagina 21 dell'elaborato peritale righe 3-7) proprio in virtù di un decorso (descritto in anamnesi e discussione) in cui si sono sempre succeduti episodi depressivi in questi anni il che rende la prognosi sfavorevole per un recupero. Altresì ho sottolineato più volte nella valutazione peritale, e di questo ho tenuto conto nella stima medico teorica della capacità lavorativa, che si tratta di un quadro fragile e che l'attuale attività sia la più confacente ritenendo che in "un'altra attività, anche per le ridotte capacità di adattamento, l'assicurata rischierebbe un peggioramento del quadro clinico e funzionale.". Ribadisco come già scritto in perizia, che sarebbe stata utile un'indagine domestica per poter meglio stimare la capacità lavorativa in qualità di casalinga visto che la scarsa riserva di energie legata al disturbo depressivo potrebbe influenzare anche il suo rendimento in attività domestica. In conclusione quindi non ho motivo per discostarmi dalla mia precedente valutazione peritale; trattandosi di una sindrome depressiva ricorrente non si escludono periodi in cui vi sia un peggioramento anche reattivamente a sovraccarichi (per cui era esigibile solo un tempo ridotto) o a eventi stressanti esterni, non ultimo quello della soppressione della rendita (come già sottolineato anche dal Dr. _____ nella sua valutazione fiduciaria del dicembre 2016) ma, trattandosi di avvenimenti successivi alla mia valutazione, non ho elementi nuovi che mi inducano a rivedere la mia posizione. (...)" (XII/1). Il rapporto complementare del _____ è stato confermato dal medico SMR dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, che, nell'annotazione del 7 settembre 2017, ha osservato: "(...) ho preso attenta visione del complemento redatto dai periti psichiatrici Dr. _____, Dr.ssa _____ il 01.09.2017. Si tratta di una presa di posizione esaustiva che condivido integralmente. Confermo, pertanto, le precedenti prese di posizione SMR. (...)" (XII/3). L'insorgente, con ulteriori scritti del 20 settembre 2017 (XIV e allegato XIV/1), del 16 ottobre 2017 (XX e allegato doc. G) e del 22 gennaio 2018 (XXIV e allegato XXIV/1), ha trasmesso al TCA ulteriore documentazione medica. Più precisamente, ella ha prodotto il rapporto medico del 19 settembre 2017 nel quale la dr.ssa _____ ha rilevato che "(...) alla fine del novembre 2014 ha cessato l'attività di parrucchiera e dal 01.12.2014 è stata assunta quale dipendente in una casa anziani come collaboratrice di animazione per 22 ore alla settimana. Nel settembre 2015 l'AI ha soppresso la rendita. La paziente, contro il mio parere, presa dall'ansia di non poter far fronte ai propri bisogni economici, aveva aumentato la % di lavoro all'80% dal 01.09.2015 al 17.01.2016. L'aumento della percentuale lavorativa ha contribuito al peggioramento del suo stato clinico. Di fatto non è riuscita a lavorare al 80% che per pochi mesi. Di fatto ha poi sempre lavorato al 30%. Faccio inoltre notare che dal 12.12.2016 è stata inabile dapprima al 70% fino al 30.06.2017 ed è nuovamente inabile al 70% dal 01.09.2017. [...] Alla luce di quanto valutato, ritengo che le conclusioni del dr. _____, cioè di considerare un'incapacità lavorativa al 50% permanente, sia adeguata ma questa in ogni attività, sia in quella di parrucchiera, sia in quella svolta attualmente sicuramente leggera ma che di fatto la paziente non riesce a svolgere con continuità più del 30%. Faccio di nuovo [ndr. notare] inoltre che la percentuale di incapacità da me certificata al momento è ancora superiore, visto che dal dicembre 2016 la paziente non ha più presentato un miglioramento oggettivo con miglioramento significativo della capacità lavorativa. (...)" (XIV/1), il rapporto d'uscita del 7 agosto 2017 relativo alla degenza dal 5 luglio al 7 agosto 2017 presso la Clinica _____ (doc. G) e il certificato medico del 15 gennaio 2018 della dr.ssa _____ che attesta una nuova degenza presso la Clinica _____ dal 13 dicembre 2017 al

gennaio 2018 e un'incapacità lavorativa del 100% a tempo indeterminato (cfr. XXIV/1). Con osservazioni del 25 ottobre 2017 (XXII) l'Ufficio AI ha trasmesso al TCA l'annotazione del 19 ottobre 2017 nella quale il dr. _____ ha rilevato che "(...) il rapporto d'uscita della Clinica _____ è relativo al ricovero dal 05.07.2017 al 07.08.2017, e si riferisce pertanto ad una condizione successiva alla data della decisione dell'UAI del 30.05.2017. Si confermano le precedenti prese di posizione SMR. (...)” (XXII/1).

2.5. 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, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3a edizione 2014, 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). 2.6. Con sentenze

8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, destinate a pubblicazione, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale

questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale.

2.7. Per quanto riguarda l'aspetto somatico, la perizia reumatologica del dr. _____ (doc. AI 171/506-517), alla quale va conferita piena forza probatoria conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), non è stata contestata e questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalla stessa. Va pertanto confermata la valutazione del dr. _____ secondo la quale l'incapacità lavorativa del 20% (flessione del rendimento) in un'attività adeguata va inglobata in quella psichiatrica. Il perito ha infatti attestato che "(...) in un'attività adatta l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 20% da riferire a una riduzione del rendimento per permettere all'assicurata pause più lunghe e più frequenti. L'incapacità lavorativa da me determinata per quanto riguarda le patologie all'apparato muscolo-scheletrico non è da sommare in modo rilevante con quella determinata dalla perizia psichiatrica. Questo per il fatto che ho tenuto conto nella mia valutazione peritale anche dei disturbi diffusi a carattere somatoforme e che si riflettono nella diagnosi di una sindrome fibromialgica. Ricordo a questo proposito che il collega Dr. med. _____ aveva posto la diagnosi di sindrome del dolore cronico. (...)” (doc. AI 171/517, la sottolineatura è del redattore). Quanto all'aspetto extra somatico, l'insorgente contesta la valutazione medica operata dall'Ufficio AI rinviando alle considerazioni del medico curante, dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e a quelle della dr.ssa _____, FMH in medicina generale (doc. AI 149/469-474), della dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 169/503-504) e del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 19/50-58 dell'incarto cassa malati). Al riguardo questo Tribunale rileva quanto segue. Il rapporto medico del 15 settembre 2016 della dr.ssa _____ (doc. AI 149/469-474), oltretutto non specialista in materia, è menzionato negli atti considerati dai periti del _____ (cfr. doc. AI 177/533) che ne hanno pertanto tenuto conto. Anche il rapporto del 16 novembre 2016 della dr.ssa _____ è menzionato negli atti considerati dai periti del _____ (cfr. doc. AI 177/533) i quali, al riguardo, hanno rilevato che "(...) certamente ritengo che l'attività attuale sia la più adeguata non richiedendo sforzi fisici, avendo un carico di lavoro e responsabilità limitati e necessitando di un'interazione superficiale e di una collaborazione non necessariamente orientata ad una performance produttiva; dubito che l'assicurata avrebbe le risorse intrapsichiche per adattarsi ad un nuovo lavoro per cui ritengo che sia molto importante cercare di preservare il più possibile l'attuale luogo di lavoro anche attraverso interventi dell'AI, per quanto di competenza. In questo senso mentre mi sembra che anche il Dr. _____ sia sulla mia stessa linea, non concordo con quanto asserito dalla Dr.ssa _____ nel suo scritto del 16.11.2016 dove sottolineava

l'iper-coinvolgimento emotivo dell'assicurata e le conseguenze negative su di lei; ho affrontato esplicitamente l'argomento con l'assicurata e benché ella sia sensibile alle storie che i degenti della casa di riposo le raccontano questo non ha effettive ripercussioni sul suo stato né al lavoro né al domicilio. Ritengo invece che l'attuale attività sia adeguata e che in un'altra attività anche per le ridotte capacità di adattamento l'assicurata rischierebbe un peggioramento del quadro clinico e funzionale. (...)” (doc. AI 177/545, la sottolineatura è del redattore). Riguardo alla perizia fiduciaria del 14 dicembre 2016 del dr. _____ per conto della cassa malati, anch'essa menzionata negli atti considerati dai periti del _____ (cfr. doc. AI 177/534-535), i periti hanno osservato che “(...) attualmente non sono presenti i sintomi per poter porre una diagnosi categoriale di episodio depressivo di grado medio ma la permanenza del suddetto deficit cognitivo (frequentemente l'ultimo a sparire nella remissione e frequentemente un sintomo residuo) e del non recupero ponderale oltre che dell'asserita astenia che comunque non appare così importante, si potrebbe parlare di un pregresso episodio depressivo di grado medio in non completa remissione sintomatologica. Non concordo in questo senso con la valutazione del Dr. _____ (praticamente concomitante alla mia) che ritiene soddisfatti i criteri per porre diagnosi di episodio depressivo medio: egli genericamente parla di 2 sintomi del criterio B e quattro del criterio C che io non riscontro. A mio avviso l'umore è lievemente deflesso e ancora influenzabile dalle circostanze e modulabile anche nel colloquio e non vi è anedonia. Inoltre, pur presentando ancora alterazioni dell'appetito ed una certa insicurezza, non vi sono sentimento di colpa, rallentamento psicomotorio ed i deficit di concentrazione sono maggiormente attribuibili all'uso di benzodiazepine. Per questo a mio avviso se è stato presente un episodio di media gravità attualmente esso è in fase di parziale e non completa remissione. Tenendo in considerazione quindi gli aspetti personologici, la depressione ricorrente cronica e l'uso massiccio di benzodiazepine ritengo che vi sia una limitazione della capacità lavorativa ma il quadro non sembra che negli ultimi anni si sia fortemente modificato (...)” (doc. AI 177/544, la sottolineatura è del redattore). Dall'incarto della cassa malati risulta che la dr.ssa _____ ha attestato i seguenti periodi d'inabilità lavorativa: “(...) dal 19.1.16 al 100%, dal 4.4.16 al 70%, dal 9.5.16 al 60% (...)” (doc. AI 14/41 dell'incarto cassa malati); nel certificato del luglio 2016 ha attestato che “(...) la pz. è abile al 100% (per la % da lei lavorata) da oggi. (...)” (doc. 16/44 dell'incarto cassa malati con data poco leggibile) e nel “Rapporto intermedio LCA - inabilità lavorativa dal 05.09.2016” del 10 ottobre 2016 un'incapacità lavorativa del 50% dal 26 settembre 2016 (doc. 17/45-48 dell'incarto cassa malati). I periti del _____, nella perizia del 9 gennaio 2017 hanno concluso che “(...) in definitiva ritengo giustificati i periodi di IL certificati dalla curante dal 18.01.2016 al 31.07.2016 mentre dal 01.08.2016 ritengo che la capacità lavorativa dell'assicurata per motivi psichiatrici sia ritornata ad essere quella precedente e cioè del 50% (diminuzione del tempo) in attività di parrucchiera e 60% (diminuzione del tempo) in attività adeguata come quella attualmente svolta alla percentuale del 40%. (...)” (doc. AI 177/546) e nel complemento del 1. settembre 2017 hanno rilevato che “(...) rispetto allo scritto della curante in cui ella ripercorre le IL nel corso del 2016, vi sono delle incongruenze rispetto alle percentuali di IL risultanti dagli atti da Voi fornitimi. Rispetto a questo non ho personalmente una spiegazione. Sottolineo inoltre, a titolo abbondanziale, che dal luglio 2016 vi era un certificato della curante di piena abilità e, relativamente al peggioramento che sarebbe insorto dal 12.12.2016, non posso concordare visto che la mia osservazione era concomitante a quel periodo e quindi si tratta di un diverso apprezzamento. (...)” (XII/1). Questo Tribunale, viste le suesposte risultanze mediche –

osservato che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5 e 2.6), alla perizia del _____ del 9 gennaio 2017 (doc. AI 177/524-547) con complemento del 1. settembre 2018 (XII/1) va riconosciuta piena forza probatoria – , deve confermare il rapporto finale del 3 aprile 2017 (doc. AI 179/549-553) nel quale il medico SMR dr. _____, dall'aprile 2016 (dopo l'anno di carenza con incapacità al lavoro media di almeno il 40% in base alla media retrospettiva), ha concluso per un'incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 70% dal 4 aprile e del 60% dal 1. maggio 2016, mentre che dal 1. agosto 2016 l'incapacità lavorativa è del 50% nell'attività abituale di parrucchiera e del 40% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti (doc. AI 179/550). In particolare va qui ricordato che nel complemento del 1. settembre 2017 i periti del _____ – che hanno avuto due colloqui con l'assicurata il 1. e il 21 dicembre 2016 (doc. AI 177/524) – , circa il peggioramento del 12 dicembre 2016 indicato dalla dr.ssa _____ (cfr. X/1), hanno osservato che “(...) relativamente al peggioramento che sarebbe insorto dal 12.12.2016, non posso concordare visto che la mia osservazione era concomitante a quel periodo e quindi si tratta di un diverso apprezzamento. (...)” (X/II). Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto del 19 settembre 2017 (XIV/1 riportato in esteso al consid. 2.4) nel quale la dr.ssa _____ – confermata la propria evoluzione nel tempo dell'incapacità lavorativa – si è limitata a rilevare che “(...) alla luce di quanto valutato, ritengo che le conclusioni del dr. P. _____, cioè di considerare un'incapacità lavorativa al 50% permanente, sia adeguata ma questa in ogni attività, sia in quella di parrucchiera, sia in quella svolta attualmente sicuramente leggera ma che di fatto la paziente non riesce a svolgere con continuità più del 30%. (...)” (XIV/1). Il fatto che il curante giunga ad una conclusione diversa per quanto concerne la graduazione dell'incapacità lavorativa non è un motivo per procedere con un'ulteriore perizia. Va qui rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr., tra le tante, STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2; 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012; 9C_949/2010 del 5 luglio 2011 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Al ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4, entrambe con riferimenti). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). In questo senso la domanda di “(...) ulteriore perizia specialistica pluridisciplinare e psichiatrica (...)” (I, pag. 10) va disattesa. Nemmeno va accolta la domanda di sentire quale teste il datore di lavoro. Infatti – a prescindere dal fatto che non è il datore di lavoro che deve pronunciarsi sulla capacità lavorativa – , nel complemento del 1. settembre 2017 i periti del CPAS hanno evidenziato che “(...)stando poi allo scritto del signor _____ direttore di _____ (28.06.2017) secondo cui vi sarebbe stato un peggioramento dello stato di salute da settembre 2016 sottolineo che questo non ha riscontro in certificazioni di peggioramento da parte della curante e, rispetto alle problematiche di concentrazione l'argomento era stato trattato e tenuto in considerazione in perizia nella valutazione della CL mentre, relativamente al dimagrimento,

sottolineavo che questo perdurava stabile da un anno come evidente segno di non completa risoluzione dell'episodio depressivo che, anche nella mia valutazione peritale, giudicavo ancora in corso benché in parziale remissione. (...)” (XII/1). Quanto al ricovero presso la Clinica psichiatrica _____ dal 5 luglio al 7 agosto 2017 (cfr. il relativo rapporto sub doc. G) e quello dal 13 dicembre 2017 al 15 gennaio 2018 (cfr. il certificato della dr.ssa _____ del 15 gennaio 2018 sub XXIV/1) – ricordato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 30 maggio 2017, e che i fatti accaduti posteriormente che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (fra le tante cfr. DTF 130 V 138) – questo Tribunale può fare propria la valutazione del medico SMR dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, che, nell’annotazione del 19 ottobre 2017, ha evidenziato come “(...) il rapporto d’uscita della Clinica _____ è relativo al ricovero dal 05.07.2017 al 07.08.2017, e si riferisce pertanto ad una condizione successiva alla data della decisione dell’UAI del 30.05.2017. Si confermano le precedenti prese di posizione SMR. (...)” (XXII/1). Parimenti è a ragione che nelle osservazioni del 2 febbraio 2018 l’Ufficio AI ha rilevato che “(...) per quanto concerne la degenza (dal 13 dicembre 2017 al 15 gennaio 2018) da parte dell’assicurata presso la Clinica _____ (cfr. il doc. XXIV + 1 incarto TCA), si ribadisce nuovamente che la questione inerente un eventuale peggioramento dello stato di salute della Signora RI 1 esula comunque dalla presente disputa davanti al TCA e dovrà - se del caso - formare oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo (cfr. anche a tal proposito sia la risposta di causa 7 agosto 2017 alle pagine 3-4 sia l’annotazione SMR 19.10.2017 agli atti). (...)” (XXVI). Tale documentazione medica viene quindi trasmessa all’Ufficio AI affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. Va qui pure ricordato che, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 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; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Il TCA rinuncia quindi all’assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l’obbligo che incombe all’assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28, pag. 291), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti),

che RI 1, dopo un temporaneo peggioramento dello stato di salute, dall'agosto 2016 presenta un'incapacità lavorativa del 40% (intesa come riduzione di rendimento) tanto nell'attività di collaboratrice d'animazione presso una casa per anziani quanto in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. 2.8. In merito alla valutazione economica va innanzitutto rilevato che, ritenuto che il peggioramento dello stato di salute è avvenuto nel 2016, vanno applicati i dati validi per quell'anno. Inoltre, per le ragioni addotte al prossimo considerando, per il calcolo del grado d'invalidità va applicato il metodo ordinario del confronto dei redditi. 2.8.1. Nella misura in cui l'insorgente, chiedendo l'esecuzione di una "(...) inchiesta casalinga (...)" (I, pag. 10), volesse contestare l'applicazione del metodo ordinario per il calcolo del grado d'invalidità, questo Tribunale può fare proprio quanto addotto dall'Ufficio AI con la risposta e meglio che "(...) l'amministrazione ha correttamente ritenuto l'assicurata quale salariata nella percentuale del 100%. In effetti, già in occasione della seconda richiesta di prestazioni, il funzionario incaricato della pratica B. Marchetti aveva precisato - all'interno del doc. 27 incarto AI - quanto segue: "Trattasi di un'assicurata 33enne parrucchiera a tempo pieno. Anche dopo la nascita del figlio ha lavorato a tempo pieno e si è iscritta alla diso alla ricerca di un'attività al 100% quindi da considerare salariata al 100% (...)" . Del resto, anche nelle successive procedure di revisione messe in atto dall'amministrazione (come pure per la nuova domanda di prestazioni presentata nel mese di luglio 2016), lo statuto dell'assicurata non si è modificato, motivo per cui nel caso concreto non bisogna assolutamente cambiare il metodo di valutazione dell'invalidità. Di conseguenza, non occorre esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (così come erroneamente sostenuto da controparte al punto 5 del gravame). (...)" (IV, pag. 4). Per un caso in cui questo Tribunale non ha applicato il metodo misto, come fatto dall'amministrazione, ritenuto che il cambiamento di attività lucrativa era soltanto la conseguenza della malattia che ha portato il ricorrente a essere inabile nella sua precedente attività lucrativa e ad essere senza lavoro finché si è attivato in un altro ramo, cfr. la STCA del 14 dicembre 2017 incarto 32.2017.86. In questo senso non può essere seguita l'insorgente laddove sostiene che "(...) al termine della sua perizia, il Dr. med. _____ ha indicato che sarebbe pure opportuna un'inchiesta domestica per stabilire l'inabilità anche in tale ambito (doc. 177, pag. 23/23), ciò che però l'AI non ha fatto. Già solo

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