

## **TI\_GERICHTE 32.2017.80 vom 4. April 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-04-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.80)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.80 du 4 avril 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.80 del 4 aprile 2017

### **Regeste**

Domanda di prestazioni. Riconosciuto diritto ad una rendita intera dal 1. maggio 2012 e a un quarto di rendita dal 1. settembre 2012 al 30 dicembre 2013. Conferma della valutazione medica (SAM), dell'inchiesta di casalinga e della valutazione economica in corretta applicazione del metodo misto

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.4. 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

#### **E. 18**

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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. Il Tribunale federale, nel comunicato stampa del 14 dicembre 2017 intitolato "Rendita AI in caso di affezioni psichiche: cambiamento di giurisprudenza" – riferendosi alle sentenze del 30 novembre 2017, 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017, entrambe destinate alla pubblicazione – ha, in particolare, rilevato che "(...) il Tribunale federale modifica la sua prassi per l'esame del diritto a una rendita AI in presenza di affezioni psichiche. 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. (...)" . 2.5. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché – in simili condizioni – l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di un'attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC

1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità e che per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità. L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

2.6. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plaidoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in *SVR* 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che

esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che "(...) la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (consid. 7. (...)" (registro della DTV 142 V 290). Ancorché non applicabile alla presente fattispecie va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera – divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa –, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un grado d'invalidità pensionabile (STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. Nella STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50 (pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo), la nostra Massima istanza ha concluso che vi è una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU allorché le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. In una tale costellazione, allorché questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGa. Il TF ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. L'Alta corte – rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS – ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto. Nella STF 9C\_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il TF si è

confermato nella giurisprudenza di cui alla DTF 143 I 50 estendendola anche al caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C\_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (in argomento vedi le STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Va qui rilevato che con il 1. gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582) e che, al riguardo, dal comunicato stampa del 01.12.2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che "(...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)” (cfr. la succitata comunicazione agli atti). Detti articoli non possono tuttavia essere applicati alla presente fattispecie visto che, per consolidata prassi (STF 2C\_471/2009 del 23 luglio 2010 consid. 5.3), in caso di modifica delle basi legali e in mancanza, come si avvera in concreto, di regolamentazione transitoria contraria, si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (cfr. anche la DTF 132 V 215 consid. 3.1.1). Per contro le norme procedurali, in assenza di disposizioni transitorie, trovano immediata applicazione. In argomento vedi anche la STF 9C\_553/2017 del 18 dicembre 2017 e la Lettera circolare AI n. 372 dell'UFAS del 9 gennaio 2018. 2.7. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve

infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, op. cit., pagg. 312-313; Blanc, op. cit., pag. 190-191 ). 2.8. Deve innanzitutto essere premesso che al fine di stabilire il grado d'invalidità, nella fattispecie in esame l'Ufficio AI, applicando il metodo misto e sulla base dei dati forniti dalla ricorrente, ha valutato al 60% la parte dedicata all'attività lavorativa e al 40% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione (rimasta incontestata) deve essere confermata, la relativa conclusione essendo stata presa sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurata in sede d'inchiesta domiciliare del 14 novembre 2013 (doc. AI 60/180, punto b) e del datore di lavoro (doc. AI 18/37, punto 2.9). Quanto all'utilizzazione del metodo misto – considerato che nella fattispecie concreta la decisione di lavorare a tempo parziale non risulta essere riconducibile a dei motivi familiari rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU, non trattandosi quindi di una costellazione come quella descritta nelle DTF 143 I 50 e 143 I 60 – , conformemente alla succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.6), nulla osta alla sua applicazione. 2.9. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.2), l'amministrazione, vista la richiesta di perizia del 24 novembre 2014 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 94/251-252), ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM. Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 18 febbraio 2016 (doc. AI 117/286-386), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_). 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: Sindrome da dolore cronico non specifica con tendenza alla fibromialgia. Sindrome cervicospondilogenica cronica con: - modiche alterazioni degenerative senza neurocompressione, - stato dopo trauma con probabile colpo di frusta il 23.3.2011. Sindrome lombospondilogenica cronica con: - modiche alterazioni degenerative senza neurocompressione. Periartropatia omeroscapolare tendinotica cronica a ds. con: - modica tendinopatia del sovraspinato senza lesioni transmurali (sonografia 3.11.2015). Piccola lesione del corno posteriore del menisco mediale al ginocchio ds. (MRI 11.7.2011). 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Lieve sindrome del tunnel carpale ds. Disturbo dell'adattamento non specificato di tipo persistente di rilevanza lieve. (...)" (doc. AI 117/309-310) In sede di discussione i periti hanno rilevato che: " (...) Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM. L'unica patologia che comporta un'inabilità lavorativa è quella reumatologica. Si tratta di una cittadina svizzera di 56 anni, sposata, una figlia, domiciliata a \_\_\_\_\_. L'A., nata e cresciuta in \_\_\_\_\_, ha conseguito in patria il diploma in dattilografia presso una scuola superiore. Poco dopo si sposa e raggiunge con il marito i genitori di quest'ultimo ad \_\_\_\_\_. Dopo la nascita della figlia nel 1979, lavora come cameriera ai piani presso un albergo di \_\_\_\_\_. Dal 1983 al 1992 lavora come cameriera ai piani e governante presso l'Albergo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Da luglio 1993 lavora come ausiliaria di cure (ha eseguito un corso presso la \_\_\_\_\_ di tre mesi), presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (nel reparto clinico di convalescenza soprattutto per pazienti dopo interventi chirurgici ortopedici e oncologici e pazienti psichiatrici), dall'1.1.2010 nella misura del 60%, corrispondente a 24 ore la settimana (l'A. descrive che di regola lavorava per una giornata intera, in giorni non fissi, secondo il piano mensile). Viene descritta un'incapacità lavorativa prolungata al 100% dall'infortunio della circolazione del 23.3.2011: da allora

l'A., non ha più ripreso alcuna attività lucrativa, il rapporto di lavoro con la Clinica \_\_\_\_\_ è stato sciolto il 31.12.2011 dal datore di lavoro. Inizialmente copertura da parte dell'Assicurazione Infortuni \_\_\_\_\_, che dopo vari accertamenti, con decisione del 29.10.2012, sancisce che le prestazioni per il trattamento medico e per l'indennità giornaliera sono riconosciute fino al 31.10.2012. Subentra poi l'Assicurazione malattia che riconosce l'indennità per perdita di guadagno fino a dicembre 2014: da allora l'A. è senza introiti. Negli atti, soprattutto in seguito all'infortunio del 23.3.2011, vengono descritte diverse patologie, soprattutto in ambito reumatologico / ortopedico, neurologico e psichiatrico. È stata inoltrata una richiesta di prestazioni AI in data 15.11.2011. Per conto dell'Ufficio AI del Canton Ticino viene eseguita una perizia reumatologica datata 11.12.2012 da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia, \_\_\_\_\_ (che ritiene l'A. abile nella misura del 50% nell'attività di ausiliaria di cure, nella misura del 100% in un'attività adatta allo stato di salute e nella misura del 70% come casalinga) e un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (datata 26.11.2013) che sancisce un impedimento nella misura del 29%. Nel progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 4.9.2014 all'A. viene assegnato un grado AI 100% con diritto a rendita intera dall'1.3.2012 che viene diminuita a ¼ di rendita grado 42% dall'1.9.2012 al 30.11.2013 (dopodiché vi è un grado AI del 31%). Nell'ambito delle osservazioni vengono inoltrati nuovi atti medici. Il Servizio Medico Regionale nel suo rapporto del 24.11.2014 ritiene indicato procedere con una valutazione medica peritale interdisciplinare con valutazioni in ambito reumatologico, psichiatrico e neurologico. In data 15.9.2015 l'Ufficio AI del Canton Ticino ci incarica di effettuare una perizia interdisciplinare. Durante il soggiorno dell'A. presso il SAM, abbiamo potuto evidenziare le seguenti patologie decisive per la valutazione del caso: Patologia reumatologica In questo ambito l'A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_ (consulto allegato). Dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico ed il referto della documentazione radiografica (descritta al capitolo 4.2), il nostro consulente pone le diagnosi da noi riassunte al capitolo 5, giungendo alle seguenti conclusioni. " Questa paziente ha una lunga storia di dolori polidistrettuali. È già stata valutata da 7 reumatologi (Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_). Tutti concordano con la presenza di una sindrome da dolore cronico/sindrome somatoforme/fibromialgia e tutti concordano con l'assenza di lesioni strutturali gravi a livello delle localizzazioni dei dolori. Dal mio punto di vista questa valutazione è corretta. La paziente lamenta una lunga serie di disturbi non organici che attribuisce agli infortuni subiti. Vi è un correlato oggettivo tutt'al più parziale nel senso che l'esame clinico e gli esami strumentali a disposizione mostrano modiche alterazioni degenerative a carico della colonna vertebrale, della spalla destra e del ginocchio destro conformi all'età dell'assicurata. La sindrome del dolore cronico e le modiche alterazioni degenerative incidono sul lavoro di assistente di cura e in attività analoghe in modo oggettivamente lieve mentre per quanto riguarda l'attività di casalinga o attività leggere e adatte non vi è attualmente, dal mio punto di vista, alcun influsso sulla capacità lavorativa. I disturbi della paziente sono assimilabili a una sindrome dolorosa cronica non oggettivabile rispettivamente a una sindrome somatoforme o a una fibromialgia (per questa diagnosi non sono tuttavia attualmente riempiti i criteri di classificazione ACR 1990 o ACR 2010)." Sulla base di queste costatazioni il nostro consulente valuta l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura del 70% nell'attività da ultimo esercitata e nella misura del 100% in un'attività adatta allo stato di salute e come casalinga.

Patologia neurologica In questo ambito l'A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_ (consulto allegato). Dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico ed il referto degli esami effettuati (descritti al capitolo 4.2), il nostro consulente giunge alle seguenti conclusioni. "

Anche all'attuale stato neurologico la paziente descrive un'ipoestesia facio-brachio-cruale a destra senza distribuzione dermatogena come già nelle precedenti valutazioni neurologiche e non neurologiche. Non vi è però un coinvolgimento della sensibilità profonda, anche i riflessi in tutte le sedi sono ben evocabili e simmetrici, segni piramidali assenti. A causa della sintomatologia algica non è valutabile la forza muscolare all'emisoma destra senza comunque riscontro di paresi di un gruppo muscolare appartenente ad un'unica radice nervosa o ad un nervo periferico. Ho effettuato anche una valutazione ENG dei nervi mediano ed ulnare di destra, esame che conferma una sindrome del tunnel carpale d'entità lieve, già diagnosticata nel 2012 dal servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Essa può al massimo determinare le parestesie accusate dalla paziente a livello della mano destra ma non i dolori all'arto superiore destro. Ho eseguito poi anche una valutazione EMG dei muscoli deltoide e brachio-radiale di destra, innervati rispettivamente dalle radici C5 e C6 di destra, senza riscontro di anomalie, ossia senza segni di un danno neurogeno acuto o cronico. Anche questo risultato combacia con quello descritto dal servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nel 2012. Globalmente quindi a parte una lieve sindrome del tunnel carpale destra non vi sono dei segni oggettivabili di un danno del sistema nervoso centrale o periferico, nessun'argomento per patologie endocraniche o mielopatie oppure per radicolopatie né in sede cervicale né lombare. In base alle caratteristiche dell'emisindrome sensitiva destra descritta dalla paziente essa è effettivamente da inquadrare come disturbo somatoforme, ricordo che a riguardo sono già stati effettuati in passato anche i potenziale evocati motori e somatosensoriali risultati nella norma. Infine la paziente descrive anche delle cefalee, non si tratta però di cefalee a se stanti ma di cefalee legate ai dolori cervicali, quindi da inquadrare nell'ambito di una problematica cervicocefalica che a sua volta sarà valutata nell'ambito della consulenza reumatologica. In altre parole queste cefalee non sono un'entità a se stante ma fanno parte del contesto globale dei dolori descritti dalla paziente soprattutto in sede cervicale. Dal lato neurologico posso porre diagnosi di: lieve sindrome del tunnel carpale destra. Dalla diagnosi neurologica suddescritta non deriva un'incapacità lavorativa per qualsiasi attività professionale inclusa l'attività abituale della paziente, inoltre nessuna riduzione della capacità lavorativa per i mestieri casalinghi. Tenendo conto dei vari atti medici messi a disposizione non risulta neanche che in passato è mai stata fatta una vera diagnosi neurologica ma piuttosto delle diagnosi reumatologiche, gli stati neurologici anche in passato non hanno mai evidenziato dei segni oggettivabili e dal lato strettamente neurologico non è mai stata attestata un'incapacità lavorativa." Patologia psichiatrica In questo ambito l'A. è stata valutata dalla nostra consulente Dr.ssa med. \_\_\_\_\_

(consulto allegato), che dopo aver descritto l'anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, è giunta alle seguenti conclusioni. "

Ho sottoposto l'A. al Test IES-rev ( Scala sull'impatto degli eventi - Assessing Psychological Trauma and PTSD -A Handbook for Pratictioners Chapter 15 : the Impact of Event Scale- ), rileva le eventuali difficoltà che le persone a volte provano dopo aver subito eventi stressanti. Le risposte alle varie affermazioni del test vengono indicate per livelli di sofferenza o disturbo riferito all'evento stressante, nel corso degli ultimi sette giorni. Pertanto viene evidenziato lo stato attuale di sofferenza. " "

Abbiamo identificato come momento critico disfunzionale ancora presente, quindi attuale, l'incidente del 2011. Abbiamo escluso

"l'inseguimento" perché nel raccontarlo mi ha descritto che è vero che si era molto spaventata (me l'ha descritto nei dettagli), ma poi si è rivelato che la persona che la stava "inseguendo" era un investigatore mandato dall'assicurazione. Alla valutazione del Test IES ritrovo un cut-off di 16, molto al di sotto del valore di 32 che è il valore di assenza di un PTSD (disturbo posttraumatico da stress), quindi già dal valore totale non siamo di fronte alla presenza di un disturbo posttraumatico, così pure le sotto scale quale quella dei sintomi di evitamento abbiamo un 13/32, per quanto riguarda i sintomi intrusivi (cioè pensieri ed immagini che vanno ad intrudere la normale produzione psichica) abbiamo un 3/28, mentre per quanto riguarda l'iperarousal uno 0. Quindi riassumendo abbiamo una condizione dell'A. che va ad escludere la presenza di sintomi legati ad un disturbo posttraumatico da stress. Così, dai colloqui, quello che in realtà emerge è proprio il suo essere, forse un poco rassegnata, ma che la disturba maggiormente, non facendola vivere serena, è questo contenzioso ancora presente con l'assicurazione per l'incidente oltre che alla preoccupazione circa i suoi problemi di salute fisica." "

A mio parere, supportata dalla lettura degli atti, dai colloqui avuti con l'A., dal risultato negativo del Test IES, e per quanto riguarda i criteri di Forster ritrovo che nell'A. il quadro somatoforme non si colloca in una dimensione in cui esiste una patologia psichica d'importante intensità, gravità e durata, anzi la condizione psichica è lievissima tale da non richiedere terapia farmacologica. Non esiste un ritiro sociale, e a mio parere una volta risolto il contenzioso assicurativo, dovrebbe recuperare la tranquillità ed il disagio, lieve, attuale." Sulla base di queste considerazioni la nostra consulente pone la diagnosi (senza influsso sulla capacità lavorativa) di disturbo dell'adattamento non specificato di tipo persistente di rilevanza lieve. Non vi sono diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. " Come già espresso la condizione psichica attuale, come anche riferito dal rapporto medico del 4.11.2015 della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ con "discorso polarizzato sui dolori e le vertenze assicurative... " unicamente esprimeva il fatto di essere provata per le vertenze assicurative ancora in corso e del fatto di non aver alcuna entrata economica" è una reazione, con disagio, alla sua situazione di vita attuale, ma con una componente patologica molto lieve e che non incide sulla capacità lavorativa." " Nel passato vi è stata una riduzione della capacità lavorativa praticamente da luglio 2012 con un'incapacità lavorativa al 50% fino al settembre 2013. Successivamente a quella data non vi è nessuna incapacità lavorativa, che vado a confermare con la mia valutazione di oggi in quanto le condizioni di sconforto, di ansia e di nervosismo sono legati alla sua condizione sia fisica che di contenzioso anche con l'assicurazione". (...) " (doc. AI 117/310-314) Visti tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'A. nell'attività da ultimo svolta come ausiliaria di cure è considerata nella misura del 70%. (...) " (doc. AI 117/314) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione e hanno così risposto ai quesiti posti dall'avv. RA 1 (cfr. doc. AI 95/254): " (...) 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? Conseguenze sull'attuale capacità lavorativa derivano dalle patologie descritte in ambito reumatologico, mentre invece, come descritto nei capitoli precedenti, dal punto di vista neurologico e psichiatrico vi è attualmente una capacità lavorativa piena in qualsiasi attività. Come descritto dal nostro consulente, dal punto di vista reumatologico l'A. presenta una lieve diminuzione della capacità lavorativa in attività pesanti a mediamente pesanti che può essere giustificata dalla

presenza di modiche alterazioni degenerative cervicali e lombari e di una modica tendinopatia del sovraspinato nonché di una piccola lesione a livello del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio ds. Sono dunque mediamente limitati lavori molto pesanti e leggermente limitati lavori mediamente pesanti come anche posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, movimenti ripetitivi di flessione-estensione delle ginocchia in carico, movimenti di torsione delle ginocchia, la posizione inginocchiata, lunghi spostamenti a piedi (oltre un'ora senza pausa), lunghi spostamenti su terreni molto accidentati, il salire e scendere ripetutamente scale o scale a pioli. Sono inoltre lievemente limitati lavori molto pesanti e ripetitivi con l'arto superiore ds. attorno e sopra l'orizzontale. Secondo il nostro consulente, attualmente, come assistente di cura l'A. è abile al lavoro nella misura del 70% (riduzione del rendimento). Da un punto di vista soggettivo la situazione è gradualmente peggiorata soprattutto nel corso dell'ultimo anno e mezzo senza che alcuna nuova lesione possa spiegare questo vissuto soggettivo. Da un punto di vista oggettivo la situazione è gradualmente migliorata per quanto riguarda gli aspetti traumatici, in accordo con la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_. Il nostro consulente ritiene che la sua valutazione coincide pienamente con la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ per quanto riguarda gli aspetti ortopedici.

8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. Sulla base di quanto descritto al punto 8.1.1 l'attuale capacità lavorativa globale, nell'attività da ultimo esercitata di ausiliaria di cure, è considerata nella misura del 70%.

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. Va inteso come riduzione del rendimento nell'arco dell'intera giornata lavorativa.

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. Vedi sopra.

8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Eventuali pause supplementari 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? Sulla base di quanto descritto dai nostri consulenti e di quanto descritto negli atti, l'A. può essere ritenuta totalmente inabile al lavoro in qualunque attività dall'infortunio del 23.3.2011 sino a maggio 2012 (come descritto dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nella sua perizia reumatologica dell'11.12.2012). In seguito, tenendo in considerazione la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ e tenendo in considerazione la patologia psichiatrica, analogamente a quanto descritto dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto dell'1.5.2014 (le incapacità lavorative descritte in ambito reumatologico e psichiatrico non vanno sommate ma integrate, in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali che si sovrappongono) l'A. è inabile al lavoro nella misura del 50% come ausiliaria di cura, in un'attività leggera ed adatta vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 50% da maggio 2012 a settembre 2013 (da settembre 2013 capacità lavorativa piena) e come casalinga vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 30% (29% dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 26.11.2013). A partire dalla perizia medica del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 12.6.2014 l'A. è ritenuta globalmente abile al lavoro nella misura del 70% come assistente di cura e nella misura del 100% in un'attività adatta (come casalinga nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 26.11.2013 viene descritto un

impedimento nella misura del 29%). 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) Dal punto di vista reumatologico, come già descritto nel capitolo precedente, l'A. presenta una lieve diminuzione della capacità lavorativa in attività pesanti a mediamente pesanti che può essere giustificata dalla presenza di modiche alterazioni degenerative cervicali e lombari e di una modica tendinopatia del sovraspinato nonché di una piccola lesione a livello del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio ds. Sono dunque mediamente limitati lavori molto pesanti e leggermente limitati lavori mediamente pesanti come anche posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, movimenti ripetitivi di flessione-estensione delle ginocchia in carico, movimenti di torsione delle ginocchia, la posizione inginocchiata, lunghi spostamenti a piedi (oltre un'ora senza pausa), lunghi spostamenti su terreni molto accidentati, il salire e scendere ripetutamente scale o scale a pioli. Sono inoltre lievemente limitati lavori molto pesanti e ripetitivi con l'arto superiore destro attorno e sopra l'orizzontale. Le risorse fisiche sono descritte in modo dettagliato alla fine del consulto reumatologico. Sulla base di queste constatazioni, secondo il nostro consulente in reumatologia, l'A. è in grado di svolgere qualunque attività leggera ed adatta a tempo pieno e con pieno rendimento. Come già descritto nei capitoli precedenti, dal punto di vista neurologico e psichiatrico vi è una capacità lavorativa piena in qualunque attività.

9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. In un'attività adeguata vi è attualmente una capacità lavorativa globale, sulla base di quanto descritto al punto 9.1.1, nella misura del 100%.

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. Abilità lavorativa del 100%.

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. Vedi sopra.

9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. --

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? Sulla base di quanto descritto dai nostri consulenti e di quanto descritto negli atti, l'A. può essere ritenuta totalmente inabile al lavoro in qualunque attività dall'infortunio del 23.3.2011 sino a maggio 2012 (come descritto dal dr. med. \_\_\_\_\_ nella sua perizia reumatologica dell'11.12.2012). In seguito, tenendo in considerazione la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ e tenendo in considerazione la patologia psichiatrica, analogamente a quanto descritto dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto dell'1.5.2014 (le incapacità lavorative descritte in ambito reumatologico e psichiatrico non vanno sommate ma integrate, in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali che si sovrappongono) l'A. è inabile al lavoro nella misura del 50% come ausiliaria di cura, in un'attività leggera ed adatta vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 50% da maggio 2012 a settembre 2013 (da settembre 2013 capacità lavorativa piena) e come casalinga vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 30% (29% dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 26.11.2013). A partire dalla perizia medica del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 12.6.2014 l'A. è ritenuta globalmente abile al lavoro nella misura del 70% come assistente di cura e nella

misura del 100% in un'attività adatta (come casalinga nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 26.11.2013 viene descritto un impedimento nella misura del 29%). 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. Nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 26.11.2013 è stato descritto un impedimento nella misura del 29%. Se necessario si potrebbe effettuare una nuova inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica. 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? Devono essere rispettate le limitazioni descritte al punto 9.1.1. 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. Non si tratta di revisione. 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? Secondo il nostro consulente in reumatologia non vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute. Dal suo punto di vista l'A. non deve essere operata particolarmente per quanto riguarda la lesione meniscale. La decisione a riguardo di interventi chirurgici non deve essere lasciata a chirurghi ortopedici. In accordo con il Dr. med. \_\_\_\_\_ l'unica presa a carico possibile di questa sindrome del dolore cronico con rivendicazioni assicurative è una presa a carico multidisciplinare orientata a cure conservative. Da un punto di vista oggettivo non sono da prevedere cambiamenti di rilievo a medio-lungo termine in assenza di qualunque lesione strutturale rilevante (rispettivamente non conforme all'età). Secondo il nostro consulente in neurologia la prognosi per quanto riguarda la sindrome del tunnel carpale a ds. è favorevole, i dati ENG attuali corrispondono all'incirca a quelli descritti dal servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nel 2012 con un decorso quindi stabile. In quell'occasione è stato effettuato anche un esame ENG del nervo mediano sin. che avrebbe evidenziato anche in questa sede una lieve sindrome del tunnel carpale che il Dr. med. \_\_\_\_\_ non ha indagato maggiormente per l'assenza di sintomi in questa sede. Se mai la sindrome del tunnel carpale dovesse diventare più sintomatica sarebbe anche facilmente da trattare con per esempio un approccio chirurgico abbastanza semplice. Secondo la nostra consulente in psichiatria non è necessario alcun intervento di tipo terapeutico dal punto di vista psichiatrico: la prognosi a medio-lungo termine potrà evolvere verso una continua evoluzione positiva nell'ambito di una risoluzione delle sue vertenze assicurative. 9.3.2 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Vedasi risposta al quesito precedente 9.3.1. 9.3.3 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) -.- 10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 10.1 Altri quesiti del medico SMR. Non ce ne sono. 10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Domande particolari poste dall'avv. RA 1 1. L'A. presenta un danno alla salute fisica? Sì, dal punto di vista reumatologico l'A. presenta modiche alterazioni degenerative a carico della colonna cervicale, lombare, del tendine sovraspinato e del menisco mediale descritte in dettaglio in precedenza. Dal lato neurologico l'A. presenta una lieve sindrome del tunnel carpale a ds. 2. L'A. presenta in particolare un danno alla salute alla spalla ds./braccio ds.? Per quanto riguarda la spalla ds. l'A. presenta una modica tendinopatia (sonografia del 3.11.2015) del sovraspinato mentre la

MRI descrive lesioni interstiziali. Si tratta di una disomogeneità del tendine che è normale all'età dell'A. Dal lato neurologico l'A. presenta una lieve sindrome del tunnel carpale a ds.

3. In caso affermativo di che problema si tratta? A livello della spalla ds. vi è una tendinopatia del sovraspinato e dal lato neurologico una sindrome del tunnel carpale. 4. In caso affermativo di che problema si tratta? Secondo il nostro consulente in reumatologia tale problematica limita minimamente la capacità lavorativa dell'A. in lavori pesanti a mediamente pesanti e molto ripetitivi, soprattutto attorno e sopra l'orizzontale. In un lavoro adatto, questa modica tendinopatia non influenza la capacità lavorativa. La sindrome del tunnel carpale non limita la capacità lavorativa dell'A. 5. Tale problema limita la sua capacità come casalinga? In che misura? No. 6. L'A. presenta un danno al ginocchio ds. e meglio al menisco? L'A. presenta una piccola lesione del corno posteriore del menisco mediale che raggiunge la superficie articolare. 7. In caso affermativo: di che problema si tratta? Lesioni meniscale. 8. Tale problema limita la sua capacità lavorativa (funzioni e rendimento)? In che misura? Tale problema può limitare la capacità lavorativa dell'A. in misura minore in attività molto pesanti a pesanti e in lunghi spostamenti a piedi, su terreni accidentati, su scale e scale a pioli nonché nella posizione inginocchiata ed ai movimenti molto ripetitivi di flessione-estensione delle ginocchia in carico. È utile notare come lesioni su base degenerativa del corno posteriore del menisco mediale siano reperti estremamente comuni in soggetti oltre i 50 anni. 9. Tale problema limita la sua capacità come casalinga? In che misura? No. 10. L'A. presenta delle contratture muscolari? No. 11. In caso affermativo: di che problema si tratta? Il nostro consulente in reumatologia descrive che non si trovano contratture muscolari agli atti od in occasione della sua visita per la perizia multidisciplinare SAM. 12. Tale problema limita la sua capacità lavorativa (funzioni e rendimento)? In che misura? No. 13. Tale problema limita la sua capacità come casalinga? In che misura? No. 14. L'A. presenta un danno vertebrale? L'A. presenta modiche alterazioni degenerative descritte in dettaglio nella radiologia a carico della colonna cervicale e lombare. Si tratta di alterazioni degenerative che sono estremamente comuni in soggetti oltre i 50 anni in accordo con la valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_.

15. In caso affermativo: di che problema si tratta? Modiche alterazioni degenerative. 16. Tale problema limita la sua capacità lavorativa (funzioni e rendimento)? In che misura? Le alterazioni degenerative possono limitare leggermente la capacità lavorativa in attività molto pesanti a pesanti, movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco. 17. Tale problema limita la sua capacità come casalinga? In che misura? No. 18. Quale/i danno/i alla salute presenta attualmente l'A.? Secondo il nostro consulente in reumatologia il problema principale è una sindrome da dolore cronico, cioè dolori polidistrettuali senza correlato organico o con tutt'al più un correlato molto parziale. Come descritto dalla nostra consulente in psichiatria, l'A. non presenta danni alla salute di tipo psichiatrico, ma una reazione si disfunzionale ma non tale da impedirle l'attività lavorativa completa dal punto di vista psichiatrico: quindi dal punto di vista psichiatrico non si ha una limitazione della sua capacità lavorativa né in attività lucrative, né come casalinga. 19. In caso affermativo: di che problema si tratta? Si tratta di una sindrome da dolore cronico non specifica / fibromialgia / sindrome somatoforme. 20. Tale problema limita la sua capacità lavorativa (funzioni e rendimento)? In che misura? Tale problema limita la capacità lavorativa in modo importante da un punto di vista soggettivo mentre da un punto di vista oggettivo l'influsso di questa sindrome del dolore cronico sulla capacità lavorativa è nullo. 21. Tale problema limita la sua capacità come casalinga? In che misura? No. 22. Per il suo danno alla salute attuale, l'A. subisce globalmente una riduzione della funzionalità e/o

della capacità lavorativa? E in particolare nella funzione di assistente di cure? Le problematiche reumatologiche citate sotto le diagnosi con ripercussione sulla capacità limitano la capacità lavorativa dell'A., come assistente di cura, nella misura del 30%. Dal punto di vista neurologico e psichiatrico vi è una capacità lavorativa piena in qualsiasi attività lavorativa. 23. In quali compiti l'A. ha delle limitazioni e in quale misura? Vedasi le risposte ai quesiti 8.1.1 e 9.1.1. 24. Il danno alla salute è soggetto a peggioramento? Secondo il nostro consulente in reumatologia non sono da prevedere cambiamenti rilevanti a medio-lungo termine. Secondo il nostro consulente in neurologia è possibile che la sindrome del tunnel carpale a ds. in futuro possa peggiorare, anche se l'evoluzione negli ultimi tre anni mostra un decorso del tutto stabile: comunque anche se dovesse peggiorare in futuro, sarebbe in genere facilmente trattabile. 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 117/314-323) Viste le succitate risultanze mediche, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 4 luglio 2016 (doc. AI 118/387-391) ha confermato un'incapacità lavorativa (riduzione del rendimento) del 100% dal 23 marzo 2011 al 22 maggio 2012 in qualsiasi attività, del 50% dal 23 maggio 2012 e del 30% dal 13 giugno 2014 nell'attività abituale e del 50% dal 23 maggio 2012 e dello 0% dal 1. settembre 2013 in un'attività adeguata. Quanto all'attività di casalinga il medico SMR ha confermato un'inabilità (riduzione del rendimento) del 100% dal 23 marzo 2011 e del 30% dal 23 maggio 2012. L'assicurata, con osservazioni del 22 aprile, del 19 maggio e dell'8 giugno 2016 (doc. AI 128/409-411, 129/412-414 e 135/420-424), ha contestato la valutazione medica producendo, in particolare, lo scritto del 6 giugno 2016 del dr. \_\_\_\_\_ che si è così espresso in merito alla perizia del SAM: "(...) Ad 5: Diagnosi: La periartropatia omero-scapolare cronica tendinotica era stata investigata con RM il 31.10.2011, dove viene descritta una tendinopatia (tumefazione) all'interno del tendine sovraspinato con rotture interstiziali, borsite sotto-acromeale e sotto-deltoidea cioè con componente infiammatoria. Ad 8.1.1 Il deficit funzionale più importate è la diminuita mobilità e caricabilità della colonna cervicale e lombare associati a tensioni muscolari dolorose. Nella diagnosi al punto 5 viene elencata correttamente la sindrome cervicospondilogenica e lombospondilogenica cronica. Anche in questo concordano tutti gli specialisti reumatologici eppure nella perizia la sintomatologia vertebrale cronica non viene valutata come deficit funzionale. Non sono sicuramente le modiche alterazioni degenerative a giustificare la limitazione della capacità lavorativa che viene valutata nella misura del 70% come assistente di cura. Anche fra reumatologi si possono avere opinioni divergenti. Ritengo comunque che in una perizia pluridisciplinare si debba tenere in considerazione anche l'opinione degli altri specialisti reumatologi che sono di parere completamente opposto. Nel rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 25.03.15 si legge: la A. non può più fare l'assistente di cura, la prognosi è sfavorevole. Nella mia lettera all'Avv. RA 1 dell'8.08.2014 scrissi: ritengo che la A. sia inabile al lavoro di assistente di cura al 100% e lo rimanga in modo definitivo. Ad. 9.3.1 Se la decisione a riguardo di interventi chirurgici non deve essere lasciata a chirurghi ortopedici, chi altro deve prendere tale decisione? Non sono dell'avviso che siano assenti lesioni rilevanti e lo spiego più avanti. Ad. 10.3.1 [ndr. recte 10.2.1; così come in tutti i punti 10.3 che seguono si tratta in realtà del rispettivo punto 10.2] È importante distinguere tra danni strutturali (per esempio: frattura o deformazione di una vertebra) appurati tramite l'esame radiologico, e il danno funzionale che consiste in una limitazione della mobilità associata a contratture muscolari dolorose. Tale limitazione viene diagnosticata con l'esame clinico ed è spesso dovuta a disfunzioni vertebrali ipomobili

(vertebre parzialmente bloccate). Le alterazioni degenerative descritte si riscontrano spesso in età avanzata all'esame radiologico. Possono causare disturbi ma non sempre lo fanno. Il vero danno vertebrale nella fattispecie consiste come già accennato, nella sindrome vertebrale cronica. All'esame clinico della A. si reperiscono disfunzioni vertebrali ipomobili in sede cervicale alta (C1-C3) causando anche cefalee e sensazioni di capogiro, al passaggio cervico-toracale con irradiazioni alla spalla e al braccio destro, e in sede lombare inferiore. La conseguente limitazione della mobilità è associata a contratture muscolari dolorose (tendomiopatie d'inserzione e a catena lungo gli arti). Ad. 10.3.2 Le alterazioni riscontrate all'esame RM della spalla destra non sono normali all'età della A. Ad. 10.3.8 Si tratta di una lesione traumatica. Ad. 10.3.10 Contratture muscolari sono state descritte a più riprese: nel mio rapporto del 06.05.2013, nel rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 26.04.2013 e in quello del Dr. \_\_\_\_\_ del 25.03.15. Tali contratture si riscontrano tutt'ora all'esame clinico, all'ispezione e palpando i muscoli con le dita. 10.3.11 : vedasi 10.3.10 . 10.3.14 e 15 : vedasi 10.3.1 Ad 10.3.16: Sì, al punto che l'A. non potrebbe più fare il lavoro come assistente di cura che ha fatto fino all'incidente del 2011 . Per questo lavoro è inabile al 100%. Ad. 10.3.18: La sindrome da dolore cronico non è il problema principale. Tale sindrome è secondaria, cioè si è sviluppata per i dolori persistenti durante il lungo periodo. Anche la sindrome fibromialgica è oggettivabile ed è definita secondo i criteri ACR (American College of Rheumatology). La vera causa principale dei disturbi consiste nella sindrome cervicale e lombovertebrale cronica, che è la vera causa primaria dei dolori e delle limitazioni funzionali. Ogni reumatologo FMH è in grado di fare correttamente questa diagnosi con il solo esame clinico senza avere necessariamente un correlato radiologico. Si può avere un torcicollo e una lombaggine molto dolorosi anche in età giovanile con un rachide radiologicamente sano. Perciò non è corretto ridurre la sindrome vertebrale e addirittura la capacità lavorativa (vedi Nr. 8.1.1) alle modiche alterazioni degenerative riscontrate all'esame radiologico. Nella diagnosi sono elencati anche la periartropatia omero-scapolare, la lesione del menisco mediale che sono sicuramente anche un danno alla salute ma ignorati nella risposta. 10.3.22 vedasi 8.1.1 e 10.3.16 . Ulteriori osservazioni da tenere in considerazione: - La signora RI 1 ha subito un infortunio il 23.03.11 senza avere avuto alcuna colpa. Ha perso il posto di lavoro e non ha più potuto riprendere un'attività lavorativa. È sempre stata in cura medica: deve assumere regolarmente medicinali, consultare diversi medici, fare trattamenti fisioterapici e manipolativi del rachide. - Viene seguita da una psichiatra per sindrome ansioso depressiva mentre non era mai stata in cura psichiatrica prima del 23.03.11. - Ha sempre seguito le terapie ambulatoriali e stazionarie che le sono state prescritte senza un miglioramento duraturo. Si può perciò affermare che l'evento abbia provocato un danno all'integrità sia fisica che psichica. - Bisogna tenere conto anche del decondizionamento dovuto a oltre 5 anni di assenza dal lavoro. L'insoddisfazione della A. carica di tensione per il dilungarsi delle vertenze assicurative, con la contemporanea riduzione della tolleranza al dolore ha portato da un lato ad uno stato di scontentezza e dall'altra a un incremento della sindrome dolorosa somatoforme con ulteriore riduzione della capacità lavorativa. Da notare che la A. da diversi anni è in cura psichiatrica anche se, secondo la perizia psichiatrica si tratta di una componente patologica molto lieve. Contrariamente a quanto esposto dalla consulente in psichiatria al punto 9.3.1 l'A. è tutt'ora in cura dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_. La possibile evoluzione positiva nell'ambito di una risoluzione delle vertenze assicurative potrebbe sfociare in un'evoluzione completamente negativa in caso di una risoluzione sfavorevole per la paziente. Questo porterebbe ad un sicuro peggioramento della situazione psichica e della sindrome dolorosa

somatoforme. (...)” (doc. AI 135/421-423). Il SAM, interpellato dall’Ufficio AI su indicazione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 131/416, 132/417 e 136/426), nel complemento del 19 luglio 2016 (doc. AI 137/427-429) ha precisato che “(...) in riferimento alla perizia interdisciplinare del 18.2.2016 effettuata presso il SAM di \_\_\_\_\_, il Servizio Medico Regionale dell’Ufficio AI ci ha inviato della nuova documentazione chiedendo in merito una presa di posizione del perito reumatologo. Abbiamo pertanto messo a disposizione la documentazione inviata al nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia, \_\_\_\_\_, che con il suo rapporto del 4.7.2016, ci ha fatto pervenire la sua presa di posizione, che riportiamo integralmente e con cui ci allineiamo. "La ringrazio della documentazione che mi ha inviato. Si tratta di una lettera dell’avvocato RA 1 del 22.4.2016, di una lettera dello stesso avvocato del 19. 5.2016 e dell’8 6.2016 e di una presa di posizione del reumatologo curante Dr. med. \_\_\_\_\_ del 6.6.2016 allo stesso avvocato RA 1. Le osservazioni del Dr. \_\_\_\_\_ non cambiano la mia valutazione e non aggiungono elementi nuovi. Nella lettera del 22.4.2016 l’avvocato RA 1 contesta il fatto che la diagnosi di stato dopo distorsione della caviglia destra con le relative adesioni nel 2010 sia stata annoverata tra le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Dal mio punto di vista le lesioni descritte non sono lesioni gravi e non guarite attualmente in modo tale da non più incidere sulla capacità lavorativa." (...)” (doc. AI 137/427). Il dr. \_\_\_\_\_, nell’annotazione del 4 agosto 2016, ha quindi concluso che “(...) in considerazione delle osservazioni da parte del SAM a quanto riportato in fase di audizione non vi sono dei cambiamenti delle esigibilità a livello puramente medico rispetto al rapporto SMR del 25.2.1016. (...)” (doc. AI 140/437). L’Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuta la valutazione economica ( il rapporto del consulente in integrazione professionale del 25 aprile 2013 sub doc. AI 59/176-178, l’inchiesta domiciliare del 14 novembre 2013 sub doc. AI 60/179-184 e le tabelle con le riduzioni al reddito ipotetico da invalido allestite il 21 marzo 2016 sub doc. AI 121/394-397 e 122/398 ) , con decisione del 4 aprile ha riconosciuto all’assicurata il diritto ad una rendita intera dal 1. maggio al 31 agosto 2012 ed ad un quarto di rendita dal 1. settembre 2012 al 31 dicembre 2013 (cfr. consid. 1.2). 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 (cfr. anche la STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe 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. Questo Tribunale, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, non ha motivi

che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM nel loro rapporto 18 febbraio 2016 con complemento del 19 luglio 2016 (cfr. doc. AI 117/286-386 e 137/427-429, in parte riprodotti al consid. 2.9). Valutati i dati soggettivi ed obiettivi, riportate le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa, il SAM ha proceduto alla discussione dei dati medici, tenendo conto sia delle valutazioni specialistiche esterne che degli accertamenti eseguiti durante la permanenza dell'assicurata presso il centro peritale (nei giorni 29 ottobre e 3, 4, 12 e 26 novembre 2015). Essi sono quindi giunti ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce un'inabilità lavorativa (riduzione del rendimento) del 100% dal 23 marzo 2011 al 22 maggio 2012 in qualsiasi attività, del 50% dal 23 maggio 2012 e del 30% dal 13 giugno 2014 nell'attività abituale e del 50% dal 23 maggio 2012 e dello 0% dal 1. settembre 2013 in un'attività adeguata. In particolare, i periti hanno approfonditamente esposto che, dopo il mese di settembre 2013, le limitazioni erano da ricondurre alla problematica reumatologica, mentre che sul piano neurologico e psichiatrico (fatto salvo, appunto, il periodo dal maggio 2012 al settembre 2013 per quanto riguarda l'aspetto extra somatico) non vi era alcuna diminuzione della capacità lavorativa. I periti e i consulenti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione e hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso il SAM. Al referto va pertanto attribuita piena forza probante. In particolare, non è possibile concludere diversamente avuto riguardo alle osservazioni del 6 giugno 2016 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 135/421-423, riprodotto in esteso al consid. 2.9). Infatti, il citato esame RM-spalla destra del 31 ottobre 2011 (doc. AI 24/106 menzionato negli atti sub. doc. AI 117/288), è stato considerato dai periti del SAM che, rispondendo ai quesiti posti dall'avv. RA 1 circa il danno alla salute alla spalla destra, hanno precisato che "(...) per quanto riguarda la spalla ds. l'A. presenta una modica tendinopatia (sonografia del 3.11.2015) del sovraspinato mentre la MRI descrive lesioni interstiziali. Si tratta di una dismogenità del tendine che è normale all'età dell'A. (...)" (doc. AI 117/320). Quanto alle asserite diverse opinioni dei reumatologi coinvolti, le stesse sono state considerate dai periti del SAM i quali si sono allineati a quanto concluso dal consulente dr. \_\_\_\_\_ che, nel consulto del 4 novembre 2015 (doc. AI 117/350-361), ha, tra l'altro, evidenziato che "(...) questa paziente ha una lunga storia di dolori polidistrettuali. È già stata valutata da 7 reumatologi (Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_). Tutti concordano con la presenza di una sindrome da dolore cronico/sindrome somatoforme/fibromialgia e tutti concordano con l'assenza di lesioni strutturali gravi a livello delle localizzazioni dei dolori. Dal mio punto di vista questa valutazione è corretta. La paziente lamenta una lunga serie di disturbi non organici che attribuisce agli infortuni subiti. Vi è un correlato oggettivo tutt'al più parziale nel senso che l'esame clinico e gli esami strumentali a disposizione mostrano modiche alterazioni degenerative a carico della colonna vertebrale, della spalla destra e del ginocchio destro conformi all'età dell'assicurata. La sindrome del dolore cronico e le modiche alterazioni degenerative incidono sul lavoro di assistente di cura e in attività analoghe in modo oggettivamente lieve mentre per quanto riguarda l'attività di casalinga o attività leggere e adatte non vi è attualmente, dal mio punto di vista, alcun influsso sulla capacità lavorativa. I disturbi della paziente sono assimilabili a una sindrome dolorosa cronica non oggettivabile rispettivamente a una sindrome somatoforme o a una fibromialgia (per questa diagnosi non sono tuttavia attualmente riempiti i criteri di classificazione ACR 1990 o ACR 2010). [...]

Da un punto di vista soggettivo la situazione è gradualmente peggiorata soprattutto nel corso dell'ultimo 1½ anno senza che alcuna nuova lesione possa spiegare questo vissuto soggettivo. Da un punto di vista oggettivo la situazione è gradualmente migliorata per quanto riguarda gli aspetti traumatici, in accordo con la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_. La mia valutazione coincide pienamente con la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ per quanto riguarda gli aspetti ortopedici. Non condivido la difesa a oltranza dell'incapacità lavorativa totale della paziente da parte dei medici curanti. Ritengo che le osservazioni dei curanti siano in larga misura basate su considerazioni astratte più che non su dati oggettivi. Non vi sono infatti, da un punto di vista oggettivo, lesioni strutturali rilevanti che correlino con il vissuto negativo dell'assicurata. Da un punto di vista reumatologico (senza tener conto degli aspetti psichiatrici e psicosociali) non vi sono ragioni perché l'assicurata non ritorni a un'attività lavorativa. (...)” (doc. AI 117/355 punto 1. B e 357 punto 11, le sottolineature sono del redattore). Quanto all'assunto del dr. \_\_\_\_\_ secondo il quale “(...) il vero danno vertebrale nella fattispecie consiste come già accennato, nella sindrome vertebrale cronica. All'esame clinico della A. si reperiscono disfunzioni vertebrali ipomobili in sede cervicale alta (C1-C3) causando anche cefalee e sensazioni di capogiro, al passaggio cervico-toracale con irradiazioni alla spalla e al braccio destro, e in sede lombare inferiore. La conseguente limitazione della mobilità è associata a contratture muscolari dolorose (tendomiopatie d'inserzione e a catena lungo gli arti). (...)” (doc. AI 135/422, punto 10.3.1), questo Tribunale rileva quanto segue. Il dr. \_\_\_\_\_ – a prescindere dalla questione di natura squisitamente medica (che non tocca a questo Tribunale dirimere) circa la questione a sapere se il dolore cronico sia il problema principale (come concluso dai periti del SAM) o se tale sindrome sia secondaria a quella cervicale e lombovertebrale cronica (come sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_) –, non pone delle limitazioni funzionali sostanzialmente diverse rispetto a quelle ritenute dai periti del SAM e si limita ad indicare delle disfunzioni vertebrali ipomobili in sede cervicale alta (C1-C3) e lombare inferiore che causerebbero anche cefalee e sensazioni di capogiro di cui non indica né la frequenza né l'intensità. Anche l'asserita limitazione della mobilità associata a contratture muscolari dolorose – a prescindere dal fatto che dette contratture non sono state ravvisate dal consulente dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 12 giugno 2014 (cfr. doc. 57/134-149 dell'incarto Lainf; vedi anche la presa di posizione del 6 ottobre 2014 del dr. \_\_\_\_\_ sub doc. 66/179-181 dell'incarto Lainf) – non è stata meglio descritta. Sempre il dr. \_\_\_\_\_, nelle osservazioni del 6 giugno 2016 (cfr. doc. AI 135/421-423), ha considerato anche aspetti extra somatici di cui egli nemmeno è specialista. Dal canto loro i periti del SAM, nel complemento del 19 luglio 2016 (doc. AI 137/427-428), si sono allineati al dr. \_\_\_\_\_ che, circa le succitate osservazioni 6 giugno 2016 del dr. \_\_\_\_\_, ha rilevato che “(...) le osservazioni del Dr. \_\_\_\_\_ non cambiano la mia valutazione e non aggiungono elementi nuovi. (...)” (doc. AI 137/427). Nemmeno è possibile seguire l'insorgente laddove sostiene che “(...) si rileva in particolare che la perizia SAM non ha considerato correttamente la valutazione medica specialistica 23 aprile 2015 del Dr. \_\_\_\_\_. Si evidenzia come la perizia SAM nel riassunto degli atti riassume in modo incompleto tale documento, omettendo di indicare la valutazione della capacità lavorativa ridotta del 20% in attività adatta, dovuta alle molte limitazioni descritte (cambiare posizione, camminare ogni 60 minuti, evitare di mantenere posizioni inergonomiche, di sollevare pesi oltre 10 kg, di lavorare accovacciata o inginocchiata, evitare lavori ripetitivi con il braccio vicino o sopra l'orizzontale ecc. (cfr. Perizia medica specialistica 23 aprile 2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_, pag. 12). D'altra parte la perizia

reumatologica SAM del 4.11.2015, è inesatta laddove circoscrive le precedenti valutazioni reumatologiche sostanzialmente alla fibromialgia (pag. 6, p.to 1 B), ma anche quando indica l'assenza negli atti di contratture muscolari (pag. 9, risposta 11), attestate invece dalla valutazione medica specialistica 23 aprile 2015 del Dr. \_\_\_\_\_ (pag. 10, risposta 14). La valutazione reumatologica del SAM non è quindi completa, precisa e approfondita e di riflesso neppure la valutazione globale della perizia SAM che la riprende. Pertanto si deve piuttosto considerare la perizia medica specialistica 23 aprile 2015 del Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia (doc. F: perizia medica specialistica 23 aprile 2015 Dr. med. \_\_\_\_\_). In presenza di opinioni mediche contrastanti può ritenersi opportuna una perizia giudiziaria. (...)” (I, punto 5, pag. 6). Questo Tribunale rileva innanzitutto che la perizia del 23 aprile 2015 del dr. \_\_\_\_\_ figura tra gli atti della perizia pluridisciplinare del 18 febbraio 2016 (cfr. doc. AI 117/334-346) e che, essendo stata menzionata in esteso sotto gli “Atti da noi richiesti o portati dall’A.” (cfr. doc. AI 117/293-294), è stata sicuramente presa in considerazione dai periti del SAM. Dalla descrizione degli atti risulta, in particolare, che “(...) viste le sue problematiche l’A. non può più esercitare il mestiere di assistente di cura in maniera normale (impedimento nella misura del 100%). In un mestiere adatto la sua capacità lavorativa può risultare ridotta del 20%, questo per tenere conto delle sue problematiche fisiche e della necessaria riduzione della capacità lavorativa che ne deriva. (...)” (doc. AI 117/294). Inoltre, le limitazioni funzionali poste dal dr. \_\_\_\_\_ – “(...) La paziente può esercitare, in misura dell’80%, ancora attività in cui possa cambiare posizioni da seduta ad in piedi a camminare ogni 60 minuti. Deve evitare il mantenimento di posizioni inergonomiche del rachide cervicale e lombare. Deve evitare di sollevare pesi superiori a 10 kg in maniera ripetuta. Non ha particolari problemi in lavori di precisione. Deve evitare di lavorare su terreni dissestati, salire a scendere frequentemente scale. Per la spalla dx deve evitare lavori ripetitivi con il braccio vicino o sopra l’orizzontale. (...)” (doc. AI 117/345, punto 32) – coincidono sostanzialmente con quelle ritenute dai periti del SAM laddove hanno concluso che “(...) sono dunque mediamente limitati lavori molto pesanti e leggermente limitati lavori mediamente pesanti come anche posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, movimenti ripetitivi di flessione-estensione delle ginocchia in carico, movimenti di torsione delle ginocchia, la posizione inginocchiata, lunghi spostamenti a piedi (oltre un'ora senza pausa), lunghi spostamenti su terreni molto accidentati, il salire e scendere ripetutamente scale o scale a pioli. Sono inoltre lievemente limitati lavori molto pesanti e ripetitivi con l'arto superiore ds. attorno e sopra l'orizzontale. (...)” (doc. AI 117/314). A torto l’insorgente pretende poi che “(...) con perizia medica specialistica 23 aprile 2015 il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia (doc. F: perizia medica specialistica 23 aprile 2015 Dr. med. \_\_\_\_\_), ha chiarito che dal 1.11.2012 non vi è più stato miglioramento dello stato di salute (p.to 6.2). Pertanto considerata l’invalidità del 42% dal 23.05.2012, stabilita dall’AI, non si giustifica una successiva riduzione del grado d’invalidità, considerato che non vi è più stato miglioramento. (...)” (I, punto 6, pagg. 6 e 7). Le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ si riferiscono infatti al solo aspetto infortunistico (in particolare il nesso causale). In effetti, con la STCA del 24 ottobre 2013 (incarto 35.2013.33), questo Tribunale – annullata la decisione su opposizione del 12 aprile 2013 con la quale l’assicuratore infortuni aveva dichiarato estinto il proprio obbligo a prestazioni dal 1. novembre 2012, in quanto i disturbi presentati dall’assicurata non si sarebbero più trovati in una relazione di causalità naturale con l’evento del marzo 2011 – ha annullato la decisione su opposizione impugnata indicando che “(...) l’assicuratore LAINF

resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre una perizia a cura di uno specialista in reumatologia/ortopedia e, alla luce dei relativi esiti, definire di nuovo il diritto a prestazioni dell'assicurata a decorrere dal 1° novembre 2012. (...)” (STCA del 24 ottobre 2013, incarto 35.2013.33, consid. 2.8, pag. 13). La perizia pluridisciplinare del 18 febbraio 2016 del SAM è stata invece richiesta, come accennato (cfr. consid. 1.2), proprio vista l'annotazione del 24 novembre 2014 nella quale il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha addotto che “(...) nonostante valutazioni antecedenti per AI (dr. \_\_\_\_\_: ormai sorpassata per tempo intercorso) e per \_\_\_\_\_ LAINF (dr. \_\_\_\_\_: valutazione solo per nesso di causalità) e a complemento degli antecedenti rapporti SMR. Si giustifica una rivalutazione clinica globale che si possa esprimere sia su decorso delle esigibilità (indipendentemente da fattore infortunistico) e prognosi oltre a esigibilità di trattamenti psichico di sostegno. (...)” (doc. AI 94/251, la sottolineatura è del redattore). In particolare, dopo che il dr. \_\_\_\_\_ aveva concluso per una capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale di ausiliaria di cure e del 100% in un'attività adeguata dal 23 maggio 2012 (cfr. la perizia reumatologica dell'11 dicembre 2012 con complemento del 22 marzo 2013 sub doc. AI 46/141-153 e 55/169), si sono resi necessari ulteriori accertamenti medici di natura psichiatrica (aspetto, questo, che non è stato considerato nell'ambito Lainf). Infatti la dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico del 18 aprile 2014 (doc. AI 77/217-218), ha indicato di avere in cura l'assicurata dal 16 luglio 2012 precisando che “(...) non vi sono criteri per porre diagnosi di disturbo di personalità né per sindromi nevrotiche. Dal punto di vista psichiatrico ha presentato fino al settembre scorso un episodio depressivo di media gravità (ICD-10 F32.1) evoluto attualmente in un episodio di lieve gravità (F32.0). Ho certificato fino al 06.09.2013 un'incapacità lavorativa al 50%. Attualmente sulla base dell'episodio depressivo di grado lieve non vi è alcuna incapacità lavorativa dal profilo psichiatrico. (...)” (doc. AI 77/218). La stessa specialista, nel rapporto del 4 novembre 2015, ha attestato che “(...) l'evoluzione dal 18.04.2014, data dell'ultimo mio rapporto, è stata positiva nel senso che l'assicurata ha continuato a presentare un episodio depressivo di grado lieve e non ho certificato alcuna incapacità lavorativa dal profilo psichiatrico. All'ultimo colloquio il tono dell'umore era lievemente deflesso, il decorso era polarizzato sui dolori e sulle vertenze assicurative, non presentava disturbi cognitivi né disturbi psicotici né disturbi ansiosi. Unicamente esprimeva il fatto di essere provata per le vertenze assicurative ancora in corso e del fatto di non avere alcuna entrata economica. (...)” (doc. AI 112/280). Dal canto loro i periti del SAM hanno confermato la valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ che, nel consulto del 21 gennaio 2016 (doc. AI 117/376-384), non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa precisando che “(...) nel passato vi è stata una riduzione della capacità lavorativa praticamente da luglio 2012 con un'incapacità lavorativa del 50% fino al settembre 2013. Successivamente a quella data non vi è nessuna incapacità lavorativa, che vado a confermare con la mia valutazione di oggi in quanto le condizioni di sconforto, di ansia e di nervosismo sono legati alla sua condizione sia fisica che di contenzioso anche con l'assicurazione. [...] La prognosi a medio-lungo termine potrà evolvere verso una continua evoluzione positiva nell'ambito di una risoluzione delle sue vertenze assicurative. (...)” (doc. AI 117/382-383). Stante tutto quanto sopra questo Tribunale ribadisce che non ha alcun motivo per scostarsi dalla valutazione dei periti del SAM, confermata anche dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (cfr. il rapporto finale del 25 febbraio e l'annotazione del 4 agosto 2016 sub doc. AI 118/387-391 e 140/437), che hanno concluso che, dopo un'inabilità lavorativa (riduzione del rendimento) totale dal 23 marzo 2011 al 22 maggio 2012 in qualsiasi attività, nell'attività abituale di ausiliaria di cure l'incapacità lavorativa è

del 50% dal 23 maggio 2012 e del 30% dal 13 giugno 2014 mentre che in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti la capacità lavorativa è del 50% dal 23 maggio 2012 e del 100% dal 1. settembre 2013. Questo vale anche avuto riguardo al certificato medico del 6 luglio 2017 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. L). Al riguardo questo Tribunale può fare propria la valutazione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ che, nell'annotazione del 13 luglio 2017, ha concluso che "(...) dall'attuale rapporto del dr. \_\_\_\_\_ [ndr.: si riferisce al succitato doc. L] non risultano nuovi elementi. Permangono quindi valide le conclusioni SAM in assenza di una modifica dello stato di salute. (...)" (X/1). Viste le suesposte risultanze questo Tribunale ritiene pertanto che non sia necessario procedere ad ulteriori accertamenti medici. Di conseguenza, nella misura in cui l'insorgente chiedesse l'esperimento di una perizia giudiziaria – "(...) In presenza di opinioni mediche contrastanti può ritenersi opportuna una perizia giudiziaria. (...)" (I, punto 5, pag. 6) – la domanda va disattesa. Al riguardo, va ricordato che se 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 ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte 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). 2.12. In merito alla valutazione economica, ribadita l'applicabilità del metodo misto (cfr. consid. 2.8), va rilevato quanto segue. 2.12.1. Dal 23 maggio 2012 (dopo la prima modifica dello stato di salute e momento in cui l'incapacità lavorativa era del 50% in qualsiasi attività), a ragione l'amministrazione ha ritenuto che l'assicurata non avrebbe potuto meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua in attività alternative. Dal canto suo l'insorgente non ha contestato gli importi ritenuti dall'Ufficio AI (dopo la seconda modifica dello stato di salute dal settembre 2013 quando la capacità lavorativa in un'attività adeguata era del 100%) di fr. 39'005.-- quale reddito da valido e di fr. 26'429.14 quale reddito ipotetico da invalido (31'093.10 ridotti del 15% = 26'429.14; cfr. la tabella allestita il 21 marzo 2016 e l'allegata riduzione al reddito ipotetico da invalido sub doc. AI 121/394-398). Infatti, partendo da una diversa valutazione della capacità lavorativa in un'attività adeguata (50% contro il 100%), l'importo indicato dall'insorgente di fr. 13'214.-- quale reddito da invalido – "(...) L'assicurata potrebbe percepire un reddito di CHF 13'214.--all'anno (...)" (I, , punto 7, pag. 7) – si ottiene riducendo del 50% il reddito ipotetico di fr. 31'093.10 e applicando la riduzione del 15% (31'093.10 x 50% ridotti del 15% = 13'214.56; cfr. la tabella allestita il 21 marzo 2016 e l'allegata riduzione al reddito ipotetico da invalido sub doc. AI 121/394-398). Ritenuto quindi che l'aspetto economico non è stato contestato dall'insorgente, questo Tribunale può procedere come ha fatto l'amministrazione nel calcolo dei gradi d'invalidità dal maggio 2012 e dal settembre 2013 (in questo senso cfr. le STCA 32.2017.40 del 20 settembre 2017 consid. 2.6; 32.2016.137 del 23 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.122 del 10 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.109 dell'8 maggio 2017 consid. 2.10; 32.2016.108 del 2 maggio 2017 consid. 2.9 e 32.2016.107 del 10 aprile 2017 consid. 2.6). 2.12.2. Periodo dal maggio 2012 Per la parte salariata –

ritenuta la capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale e ribadito che l'insorgente non avrebbe meglio valorizzato la sua capacità lavorativa residua in un'attività alternativa – va ritenuto un tasso d'inabilità del 50%. Per la parte casalinga – ritenuto l'impedimento del 29% stabilito nell'inchiesta domiciliare del 14 novembre 2013 (cfr. doc. AI 60/179-184) – l'amministrazione ha considerato un'inabilità del 29%. Visti i gradi d'impedimento, per la parte salariata del 50% e per quella casalinga del 29%, rispettando la suddivisione dei campi d'attività (60% salariata e 40% casalinga; cfr. consid. 2.8) e in applicazione del metodo misto (cfr. consid. 2.6 e 2.8) il grado d'invalidità globale si attesta al 42% ( $60$  [parte salariata]  $\times$   $50\%$  [impedimento parte lucrativa] +  $40$  [parte casalinga]  $\times$   $29\%$  [tasso di impedimento nelle mansioni consuete] =  $30\% + 11,6\% = 41,6\%$ , arrotondato al 42% secondo la DTF 130 V 121 consid. 3.2). Questo grado d'invalidità conferisce il diritto ad un quarto di rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.2). Anche volendo applicare, per la parte casalinga, un impedimento pari al 30% (così come indicato dall'insorgente e considerato dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ che ha attestato un'incapacità nelle mansioni consuete di casalinga del 100% dal 23 marzo 2011 e del 30% dal 23 maggio 2012; cfr. il rapporto finale SMR del 25 febbraio 2016 sub doc. AI 118/388), il risultato non cambia. Anche in questa ipotesi il grado d'invalidità globale si attesta infatti al 42% ( $60 \times 50\% + 40 \times 30\% = 30\% + 12\% = 42\%$ ).

2.12.3. Periodo dal settembre 2013 Per la parte salariata – ritenuta la capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata e considerati un reddito da valido di fr. 39'005.-- e da invalido di fr. 26'429.14 – va ritenuto un tasso d'inabilità del 32.24% ( $[39'005 - 26'429.14] \times 100 : 39'005 = 32.24\%$ ). Per la parte casalinga – ritenuto l'impedimento del 29% stabilito nell'inchiesta domiciliare del 14 novembre 2013 (cfr. doc. AI 60/179-184) – l'amministrazione ha considerato un'inabilità del 29%. Visti i gradi d'impedimento, per la parte salariata del 32.24% e per quella casalinga del 29%, rispettando la suddivisione dei campi d'attività (60% salariata e 40% casalinga; cfr. consid. 2.8) e in applicazione del metodo misto (cfr. consid. 2.6 e 2.8) il grado d'invalidità globale si attesta al 31% ( $60$  [parte salariata]  $\times$   $32.24\%$  [impedimento parte lucrativa] +  $40$  [parte casalinga]  $\times$   $29\%$  [tasso di impedimento nelle mansioni consuete] =  $19.34\% + 11,6\% = 30,94\%$ , arrotondato al 31% secondo la DTF 130 V 121 consid. 3.2). Questo grado d'invalidità non conferisce il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.2). Anche volendo applicare, per la parte casalinga, un impedimento pari al 30% (così come indicato dall'insorgente e considerato dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ che ha attestato un'incapacità nelle mansioni consuete di casalinga del 100% dal 23 marzo 2011 e del 30% dal 23 maggio 2012; cfr. il rapporto finale SMR del 25 febbraio 2016 sub doc. AI 118/388), il risultato non cambia. Anche in questa ipotesi il grado d'invalidità globale si attesta infatti al 31% ( $60 \times 32.24\% + 40 \times 30\% = 19.34\% + 12\% = 31.34\%$ , arrotondato al 31% secondo la DTF 130 V 121 consid. 3.2).

2.13. Da quanto sopra esposto risulta che a ragione l'amministrazione ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita intera dal 1. maggio 2012 (dopo l'anno di carenza e 6 mesi dopo la domanda di prestazioni AI del novembre 2011 ex art. 29 cpv. 1 LAI) fino al 30 agosto 2012 (dopo tre mesi dal miglioramento del maggio 2012 ex art. 88a cpv. 1 OAI) e ad un quarto di rendita dal 1. settembre 2012 al 30 dicembre 2013 (dopo tre mesi dal miglioramento del settembre 2013 ex art. 88a cpv. 1 OAI). Parimenti a ragione, dopo il 30 dicembre 2013, non è più stato riconosciuto il diritto ad una rendita non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 40%.

2.14. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto.

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 delle vertenze, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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