

TI_GERICHTE 32.2018.5 vom 24. November 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-11-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.5

FR: TI_GERICHTE 32.2018.5 du 24 novembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2018.5 del 24 novembre 2017

Regeste

Domanda di aumento. A torto, scostandosi dalle risultanze dell'ultima perizia del maggio 2017 del CPAS, l'Ufficio AI nega l'aumento del diritto alla rendita. TCA riforma la decisione impugnata e riconosce il diritto ad una rendita intera dal 1. marzo 2017

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici,

possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: "(...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss

bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...). 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. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). 2.4. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64). Per stabilire in una

situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 30/31, pagg. 430-433). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI prevede che nel caso sia l'assicurato a chiedere la revisione, l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre che se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI 2.5. Nella fattispecie in esame questo Tribunale rileva innanzitutto che la decisione del 10 maggio 2012, cresciuta incontestata in giudicato e con la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1. febbraio 2012 aumentata a mezza rendita dal 1. maggio 2012 (cfr. consid. 1.2), si è fondata sulle seguenti risultanze mediche. La perizia pluridisciplinare del 13 luglio 2010 del SAM (doc. AI 44/142-197) nella quale i periti, poste le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Esiti dopo grave politrauma il 6.7.2007 con: - dolori nella zona del bacino e prevalentemente alla coscia sin. in stato dopo frattura del bacino anteriore e posteriore, osteosintesi del bacino, nonché osteosintesi del femore sin. con un chiodo PFN per frattura peritrocanterica, - ernia muscolare di 10 cm nella regione del muscolo vastolaterale a ds. in stato dopo fasciotomia, - stato dopo trombosi iliaco-femorale a ds. l'11.7.2007, a sin. il 19.7.2007 con sviluppo di una lieve insufficienza venosa all'arto inferiore sin. su occlusione dell'asse iliaco sin. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Asma bronchiale con componente allergica leggera. Stato dopo lacerazione dell'emidiaframma sin. su politrauma del 6.7.2007. Sindrome da iperventilazione nell'ambito di una sindrome

ansiosa. Ansia somatizzata situazionale (F 41). Dolori nella zona dell'articolazione radiocarpica ds. Fibromialgia. Occasionali cefalee pericentriche a ds. residuali (dopo politrauma del 6.7.2007). Eventuali minimi deficit della memoria verbale a medio-lungo termine, deficit lieve del ragionamento astratto, di lieve entità della concentrazione-attenzione sostenuta e divisa (dopo politrauma del 6.7.2007). Anemia normocitica, ferripriva. (...)" (doc. AI 44/150-151); circa la valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa e le conseguenti sulla capacità lavorativa e d'integrazione, si sono così espressi: " (...) 7 VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITÀ LAVORATIVA L'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A. può essere così valutato: - In qualità di ausiliaria per pulizie presso una casa per anziani nella misura del 50% (limiti funzionali, di carico e di posture di lavoro sull'arco di un normale orario lavorativo). - In qualità di cassiera-commessa, così come in qualità di _____ presso la ditta _____, nella misura del 60% (limitazioni funzionali e di carico sull'arco di un normale orario lavorativo). - In qualità di casalinga nella misura del 70% (usuale giornata lavorativa con ridotto rendimento). 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le conseguenze sulla capacità di lavoro dell'A., per le attività praticate e descritte al capitolo 7, si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi constatati a livello reumatologico e flebologico. Sul piano reumatologico l'A. è da ritenere limitata nel mantenere la posizione seduta per più di 60 min., inoltre nei movimenti ripetuti di flessione e rotazione del tronco, se eseguiti in maniera rapida e senza controllo, presenta poi una limitazione nel mantenere la posizione eretta sempre ferma in posizione eretta, mentre la posizione in piedi con possibilità di cambiare l'appoggio può essere mantenuta per almeno 3 ore. La deambulazione non è sostanzialmente limitata e può essere effettuata attualmente senza l'aiuto di mezzi ausiliari, con una leggera zoppia per l'incremento dei dolori inguinali ed alla coscia sin. se deve camminare per lungo tempo. L'A. può alzare pesi sino a 10 kg. senza però trasportarli, può trasportare per breve tempo 5 kg, può far uso dell'automobile senza sostanziali limitazioni per un tragitto di ca. 45 min. Sempre dal lato reumatologico l'A. deve, nell'ambito del possibile, poter alternare le varie posture di lavoro da quella seduta a quella eretta, alla deambulazione. Sul piano flebologico l'A. non può rimanere in posizione eretta monotona per periodo prolungati ed inoltre deve poter portare durante il lavoro le calze elastiche. In una visione d'insieme possiamo affermare che le attività lucrative svolte dall'A. prima dell'evento traumatico del 6.7.2007, sono ancora praticabili nelle misure descritte al capitolo 7. Precisiamo che le limitazioni funzionali e di carico sopra-descritte in ambito reumatologico e flebologico non vanno sommate aritmeticamente, bensì integrate in quanto si sovrappongono. Per quanto riguarda la determinazione temporale della limitazione della capacità di lavoro dell'A., possiamo affermare che a partire dal 6.7.2007 (data del serio politrauma subito) ella è da considerare totalmente inabile al lavoro per tutte le attività lucrative sino ad allora esercitate e con ciò concordiamo pienamente con la valutazione del Dr. med. _____, specialista FMH medicina interna per il Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI Canton Ticino (vedasi atto dell'11.5.2009). Dagli atti a nostra disposizione e dai dati anamnestici rilevati possiamo evidenziare che l'evoluzione dello stato di salute dell'A., rispettivamente dello stato funzionale e della capacità lavorativa, è stata caratterizzata da diverse complicazioni in parte anche serie (vedasi capitolo 3.4) per cui, anche in assenza di documentazione medica dettagliata recente, la capacità lavorativa nelle attività lucrative effettuate va ritenuta, sino al momento dell'attuale accertamento medico interdisciplinare, nulla. Per contro riteniamo di poter

confermare, per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa per l'attività svolta di casalinga, il giudizio espresso sempre dal Dr. med. _____ nel suo rapporto del 25.5.2009, dove riteneva, dal punto di vista medico-teorico, un grado di capacità lavorativa, per l'attività di casalinga, nella misura del 50% a partire da gennaio 2009, vale a dire a distanza di due mesi dall'ultima valutazione effettuata dall'ortopedico Dr. med. _____ (atto del 27.11.2008), giudizio da eventualmente confermare da un'inchiesta a domicilio (dagli atti a nostra disposizione finora non effettuata). A decorrere dall'attuale accertamento peritale riteniamo che l'A. va considerata abile al lavoro nelle misure descritte al capitolo 7. Per quanto riguarda la prognosi valetudinaria a medio-lungo termine riteniamo che l'evoluzione delle patologie a livello muscoloscheletrico di tipo postraumatico potrà ancora ulteriormente migliorare grazie alle misure medico-sanitarie che descriveremo al capitolo 9. Il nostro consulente in reumatologia ritiene pertanto indicata una rivalutazione dello stato di salute, rispettivamente dello stato funzionale dell'A. in ogni caso al più tardi entro due anni.

9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE In considerazione delle motivazioni espresse dall'A. durante il periodo d'osservazione presso il SAM (dopo aver perso gli impieghi presso la casa per anziani di _____ e presso la ditta _____ nel 2005, avrebbe sempre sperato di poter ottenere nuovamente un posto di lavoro al fine di collaborare agli impegni finanziari della famiglia) riteniamo indicati provvedimenti d'integrazione professionale al fine di permetterle di riprendere il suo percorso di vita in senso più ampio e rientrare nel mondo del lavoro. Come già riferito nel capitolo precedente riteniamo possibile migliorare la capacità di lavoro dell'A. nelle attività lucrative finora praticate tramite indicati e ragionevoli provvedimenti medico-sanitari. L'A. deve poter proseguire le fisioterapie e la riabilitazione alle quali è attualmente sottoposta, inoltre con l'eventuale asportazione del materiale di osteosintesi al femore sin. si potrà migliorare la sintomatologia dolorosa locale dovuta alla fuoriuscita eccessiva delle due viti ed infine un eventuale intervento chirurgico ricostruttivo per quanto riguarda l'ernia muscolare alla coscia ds. potrebbe anch'esso portare ad un ulteriore miglioramento, attualmente tuttavia non quantificabile, per cui si consiglia una rivalutazione dopo l'esecuzione di questi interventi, al più tardi entro due anni. Dal punto di vista medico-teorico l'A. è da ritenere in grado di svolgere altre attività rispettose dei limiti reumatologici descritti dal nostro consulente e ripresi al capitolo 8, di tipo prevalentemente sedentario, senza esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie, maggiormente di tipo intellettuale, nella misura dell'80% (orario di lavoro normale, con riduzione del rendimento), e ciò a partire dall'attuale esame peritale, fermo restando l'applicazione dei provvedimenti sopra discussi.

10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Domande particolari non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 44/166-168). La perizia del 27 gennaio 2012 del _____ (doc. AI 89/320-326) nella quale i dottori _____ e _____, entrambi FMH in psichiatria e psicoterapia rispettivamente direttore e capo clinica – posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "(...) episodio depressivo di media gravità (ICD10;F32.1) (...)" (doc. AI 89/325) – , in sede di discussione, hanno concluso che: " (...) Siamo confrontati con una donna di 49 anni, vittima di un grave incidente della circolazione il 6.7.2007 a causa del quale ha subito un politrauma ed un importante trauma psichico verosimilmente manifestatosi all'inizio attraverso una sindrome post-traumatica da stress successivamente evoluta verso una franca sindrome depressiva attualmente di media gravità. Purtroppo l'assicurata è stata indirizzata ad uno psichiatra solo a partire dal mese di

settembre 2011 motivo per cui non è finora stata in grado di elaborare quanto accaduto ed in particolare di fare il lutto della situazione come si presentava prima di quanto avvenuto il mese di luglio 2007. L'assicurata era in precedenza una donna molto attiva ed indipendente, dopo l'incidente si è ritrovata ad essere dipendente dai suoi famigliari e questo ha generato una dinamica relazione, in particolare con il coniuge, caratterizzata da un'importante aggressività. Mediante la nostra perizia psichiatrica siamo tenuti a valutare l'evoluzione delle condizioni psichiche dell'assicurata rispetto alla precedente perizia pluridisciplinare presso il SAM (primavera 2010). Quanto da noi oggettivato durante l'incontro con l'assicurata è attualmente riconducibile ad uno stato depressivo di media gravità. L'esame psichico ci confronta con una donna sufficientemente curata nell'aspetto, vigile orientata e collaborante anche se, più volte durante l'incontro, preda di forti emozioni in presenza di pianti frequenti. Il suo volto solo a momenti esprime partecipazione ma perlopiù manifesta tristezza, rassegnazione, ansia e preoccupazione in presenza di un atteggiamento rassegnato. L'eloquio è spontaneo ma sostenuto da toni della voce scarsamente modulati in presenza di una mimica e una gestica ridotte ed improntate a tristezza e ad ansia. L'assicurata è in grado di esprimersi in modo coerente e sufficientemente articolato. Non evidenziamo, durante il colloquio, grossolani deficit della sfera cognitiva se non lacune mnestiche. L'assicurata è in grado di mantenere il filo del discorso e i nessi associativi risultano saldi. Il pensiero è corretto nella forma e nel contenuto. Sono presenti sentimenti di rabbia, autosvalutazione, impotenza, rassegnazione, inadeguatezza, vergogna ed inutilità. Vengono negati disturbi della percezione. È presente una deflessione timica associata ad un'ideazione suicidale passiva, senza progettualità. L'istinto vitale è conservato, lo slancio vitale è ridotto. Da parte sua l'assicurata riferisce mancanza di motivazione, di voglia di fare, tendenza a richiudersi in sé stessa, nervosismo, irritabilità ed aggressività, incapacità di accettare la nuova situazione venutasi a creare dopo l'incidente ed in particolare la sua dipendenza dai famigliari. Afferma di non sentirsi più una donna completa, si vergogna del suo corpo e non riesce più ad avere rapporti con il coniuge. Tutto questo genera frustrazione e una dinamica conflittuale con il medesimo. Lamenta disturbi del sonno, stato d'allerta permanente, diminuzione dell'appetito, della memoria e della concentrazione, incapacità di proiettarsi nel futuro e la presenza di idee di morte. La descrizione della giornata evidenzia come, nonostante i disturbi di natura somatica e il disagio psichico presenti, l'assicurata si sforzi di reagire e di mantenersi attiva. Aiutata dai famigliari si occupa in parte delle faccende domestiche e della preparazione dei pasti. Due volte alla settimana si reca a fare fisioterapia, a volte esce con le sorelle anche se, a questo proposito, riferisce di non più avere una vita sociale. Riesce ad avere un po' di sollievo quando trascorre del tempo dipingendo su porcellana. Al mattino fatica ad alzarsi e le pesa prendersi cura della propria persona. Con grande probabilità l'assicurata, dopo essere stata vittima del grave incidente della circolazione occorso il 6.7.2007, ha manifestato una sindrome post-traumatica da stress (come si può dedurre dalla ricostruzione anamnestica: a questo proposito essa ha riferito di aver rivissuto, in particolare di notte e per 2 anni, il trauma subito). Non essendoci stata una presa in carico specialistica (iniziata solo a partire dal mese di settembre 2011) il quadro clinico è successivamente evoluto verso una sindrome depressiva che attualmente si presenta di media gravità. Quanto finora descritto, discusso ed argomentato ci porta a considerare l'assicurata inabile al lavoro per qualsiasi attività, compresa quella di casalinga, nella misura del 50% (abile per mezza giornata a rendimento pieno). Tale inabilità continua tuttora. Il caso sarà da rivalutare a distanza di 18-24 mesi nella speranza che la continuazione delle cure specialistiche consenta di elaborare l'accaduto e di ripristinare

gradualmente un migliore equilibrio psichico. I limiti funzionali presenti sono dettati dallo stato depressivo e riconducibili ad una diminuzione delle risorse energetiche, alla difficoltà nelle relazioni interpersonali, alla tendenza all'isolamento, alla diminuzione di memoria e concentrazione, agli stati d'ansia, ai disturbi del sonno, all'incapacità di proiettarsi nel futuro, all'ideazione suicidale passiva presente, ai sentimenti di rabbia, rassegnazione, impotenza, inadeguatezza, vergogna, inutilità ed autosvalutazione, all'incapacità di provare piacere nelle attività che normalmente ne procurano, alla diminuzione delle motivazione, dello slancio vitale e, in generale, della spinta volitiva. (...)" (doc. AI 89/325-326). Il complemento del 7 febbraio 2012 (doc. AI 94/336) nel quale gli stessi periti – interpellati circa l'inizio dell'incapacità lavorativa, la cumulabilità con la patologia somatica rilevata dal SAM nel 2010 e i criteri di Foerster (cfr. doc. AI 90/327-328) – hanno precisato che: " (...) L'inabilità lavorativa del 50% (abilità per mezza giornata a rendimento pieno) in qualsiasi attività, compresa quella di casalinga, inizia dal momento della presa in carico specialistica con lo psichiatra Dr. _____ ossia dal mese di settembre 2011. La diagnosi di episodio depressivo di media gravità scaturita dalla nostra valutazione peritale del 19.01.2012 giustifica un'inabilità del 50% dal lato prettamente psichiatrico (detta inabilità comprende la riduzione del 20% intesa come rendimento ridotto in attività adeguata dal mese di aprile 2010 come da perizia _____). Per quanto concerne i criteri di Foerster, essendo in presenza di una comorbidità psichiatrica importante (sindrome depressiva di media gravità), è la medesima ad essere determinante sulla capacità lavorativa dell'assicurata. La perdita di integrazione sociale è riconducibile allo stato depressivo, le affezioni corporee croniche (che determinano una riduzione del rendimento del 20%) non portano ad un aumento dell'inabilità legata al disturbo psichiatrico. Non siamo ancora in presenza di uno stato psichico cristallizzato e, come da noi specificato in perizia, il caso sarà da rivalutare a distanza di 18-24 mesi proprio perché la continuazione delle cure specialistiche potrebbe portare ad un miglioramento del quadro clinico e quindi ad un aumento della capacità lavorativa anche grazie all'atteggiamento propositivo dell'assicurata. (...)" (doc. AI 94/336). Il rapporto finale SMR del 14 febbraio 2012 (doc. AI 95/337-340) nel quale la dr.ssa _____ – confermate le succitate valutazioni del _____ e del _____ – , circa l'evoluzione dell'incapacità lavorativa ha indicato: nell'attività abituale IL 100% dal 06.07.2007 e 50% dal 04.2010; in un'attività adeguata IL 20% dal 04.2010 e 50% dal 09.2011; quale casalinga IL 50% dal 09.2011 e quale osservazione conclusiva ha rilevato che "(...) l'inabilità lavorativa psichiatrica inizia dalla presa a carico del Dr. _____, ovvero dal settembre 2011; la IL psichiatrica comprende anche quella reumatologica; per quanto riguarda i criteri di Foerster è la comorbidità psichiatrica ad essere determinante sulla CL. (...)" (doc. AI 95/340). L'Ufficio AI, come accennato (cfr. consid. 1.3), ha trattato la lettera del 23 novembre 2016 del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, quale domanda d'aumento e ha quindi intrapreso una procedura di revisione avviata su domanda dell'assicurata. In effetti il medico SMR dr. _____, nella "Richiesta perizia" del 18 aprile 2017 (doc. AI 127/421-422) – così riassunta la situazione medica "(...) Diagnosi: - Stato dopo politrauma del 6.7.2007. Perizia SAM 2010: - Dolore zona bacino e coscia sinistra. Attività adatta esigibile al 80%, abituale al 50%. Perizia psichiatrica _____ 2012: episodio depressivo di media gravità F 32.1 si conclude per IL 50% in ogni attività segue grado AI 57% dal 1.5.2012. attuale revisione 1.12.2016 - Svolge 1-2 ore settimanali attività di collaboratrice inventario - Rapporto dr. _____ del 23.11.2016: di nuovo in cura da 10.2016. Rapporto dr. _____ del 31.3.2017: pone la diagnosi di modificazione duratura della personalità dopo una esperienza

catastrofica F 62.0 il dr. _____ ritiene impossibile qualsiasi reinserimento professionale in considerazione del peggioramento. Da notare che non vi è nessuna documentazione di una lesione del lobo frontale destro in occasione dell'infortunio del 2007 come invece indica il dr. _____ ma unicamente una FLC estesa a livello frontale con commotio cerebri. In occasione della perizia _____ a livello neurologico non era stato constatato un danno neurologico centrale. In considerazione della certificazione di un peggioramento psichiatrico indicata rivalutazione peritale psichiatrica per definire evoluzione rispetto alla perizia _____ di 1.2012. (...)” (doc. AI 127/421) – , ha indicato il seguente procedere: “(...) in considerazione della certificazione di un peggioramento psichiatrico indicata rivalutazione peritale psichiatrica per definire evoluzione rispetto alla perizia _____ di 1.2012. Inoltre risulta da chiarire la diagnosi psichiatrica DD depressione / modifica duratura della personalità. (...)” (doc. AI 127/422). L’Ufficio AI ha quindi ordinato una nuova perizia a cura del _____ (cfr. doc. AI 129/424-425 e 130/426-428). Nella perizia del 30 maggio 2017 (doc. AI 135/439-458), i dottori _____ e _____, entrambi FMH in psichiatria e psicoterapia e direttrice rispettivamente capo clinica del _____ – elencati gli atti considerati ai fini della valutazione psichiatrica; esposti i dati clinici: il raccordo anamnestico, l’esame clinico secondo AMDP-System e gli approfondimenti testali (la valutazione psicodiagnostica o psicometrica; la descrizione della giornata, attività e abitudini; il trattamento psichiatrico attuale e le informazioni da terzi) – , hanno posto la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro: “(...) Modificazione duratura della personalità dopo evento catastrofico (F62.0). Disturbo somatoforme da dolore persistente (F45.4) (...)” (doc. AI 135/453). In sede di discussione e circa le conseguenze sulla capacità lavorativa i periti del _____ si sono così espressi: " (...) 8. DISCUSSIONE Appare abbastanza evidente come l'assicurata abbia subito un grave incidente automobilistico da cui, per le gravi lesioni e per varie complicanze postoperatorie ha impiegato molto tempo a risollevarsi ed anche attualmente, sul piano somatico, l'assicurata continua a lamentare algie ed a sottoporsi a cicli di fisioterapia. A distanza di qualche mese dall'evento, quando ha ripreso a camminare, ha iniziato a presentare inequivocabili sintomi da disturbo posttraumatico da stress, dai flash back, agli incubi notturni, ad un progressivo congelamento emotivo che non sono stati rapidamente trattati e che hanno teso ad una cronicizzazione tanto che, anche attualmente, vi sono situazioni trigger che scatenano le immagini traumatiche e/o si innescano rimuginii difficilmente controllabili dall'assicurata e marcate reazioni fisiologiche di ansia (ad esempio quando viene urtata inavvertitamente mentre cammina), unite a disappunto e timore di subire danni. Ancora sono presenti una serie di evitamenti attivi di immagini trigger (film che mostrano incidenti o evocano situazioni che sente di non poter più avere) ma quello che più appare evidente, ormai da diversi anni, è il persistente rimuginio sull'essere stata completamente rovinata sia nel soma (cicatrici postoperatorie e dolori), che nella psiche, con una visione del futuro ineluttabilmente differente e negativa rispetto al passato. Questo comporta anche una costante polarizzazione sull'indennizzo che non ritiene equo e sulla necessità di essere riconosciuta come irrimediabilmente lesa. A questo si associano anche un cambio marcato di comportamento che è divenuto irritabile e suscettibile anche per minime cause, problemi soggettivi di concentrazione ed uno stato di tensione ed ansia al limite dell'iperarousal che spesso precede reazioni di rabbia intensa che percepisce come estranee al suo modo di essere precedente. Da notare inoltre come spesso le discussioni con i famigliari nascano da fraintendimenti conseguenti ad una certa distraibilità dell'assicurata in parte sostenuta dall'essere polarizzata sulla propria situazione

da lei ritenuta irrimediabilmente compromessa dall'incidente, in parte da deficit attentivi oggettivati anche durante l'esecuzione del Trail making Test. Il senso di impotenza rispetto ad una vita condotta in precedenza in modo tendenzialmente iperattivo, la sensazione di dipendere dai famigliari per eseguire certi lavori domestici pesanti e l'intolleranza ad alcune loro risposte di disappunto o quando disattendono le sue richieste, possono anch'esse essere riconducibili a questo stato emotivo che appare costante in tutti questi anni. Una struttura tendenzialmente rigida e anancastica associata al fatto che l'evento si è verificato nel momento in cui riteneva di essere più libera da impegni famigliari (i figli erano sufficientemente grandi) e la ricaduta che i suoi atteggiamenti hanno sul clima della famiglia allargata (parenti di primo grado nessuno escluso), costituiscono fattori pre, peri- e postraumatici che rendono ancor più probabile la persistenza del disturbo postraumatico inficiando negativamente la prognosi. Non sono presenti sintomi dissociativi anche se il tema della cicatrici che la deformerebbero e renderebbero i rapporti sessuali con il marito pressoché impossibili, appare senza dubbio al limite dell'ideazione prevalente a testimoniare la pervasività del quadro. Sul piano cognitivo effettivamente l'assicurata mostra alcuni problemi di memoria ma non necessità di appuntarsi tutto e l'attenzione e la concentrazione sono abbastanza mantenute. Poiché i sintomi del disturbo neurocognitivo da trauma cranico e del PTSD possono in parte sovrapporsi, la diagnosi differenziale va attribuita in base alla presenza o meno di sintomi peculiari del danno cerebrale. In questo caso l'assenza di vertigini, di ipersensibilità a luce ai suoni o ai rumori ed deficit di concentrazione sono assenti o, comunque, non predominanti e l'unico aspetto che potrebbe far pensare al disturbo neurocognitivo è l'irascibilità che tuttavia, come detto può essere presente anche nel PTSD. Inoltre agli atti non vi è evidenza di un trauma cranico peraltro l'assicurata afferma che si era aperto l'airbag e questo si vede dalla foto del giornale che mostra e avrebbe perso conoscenza per pochi secondi dopo l'impatto e successivamente all'ospedale anche dietro verosimile sedazione farmacologica. Per questo non mi sento di condividere la diagnosi di modificazione della personalità dopo danno cerebrale posta dal curante. Il disturbo postraumatico ad esordio ritardato perdura tuttavia ormai da diversi anni ed appare poco sensibile al trattamento farmacologico verso cui l'assicurata ha una compliance fluttuante e che ad oggi risulterebbe anche poco sensibile ad altri trattamenti psicoterapici specifici come l'EMDR a cui non sembra sia mai stata sottoposta (eseguito trattamento di ipnosi con la Dr.ssa _____). A questo punto quindi, per meglio definire anche sul piano prognostico il quadro e per il decorso e la persistenza di alcuni sintomi in modo più evidente e di altri sottosoglia, opterei per la diagnosi di una modificazione duratura della personalità dopo evento catastrofico secondo l'ICD10 (F62.0). Per porre questa diagnosi si deve tuttavia escludere (criterio E) un danno cerebrale (il che esula dalla presente valutazione ma che come detto appare improbabile) o un'altra sindrome psichica ad eccezione del PTSD. In questo senso quindi la diagnosi di episodio depressivo maggiore posta dal Dr. _____ contrasterebbe anche se, leggendo il suo elaborato, si evince come egli avesse optato per questa diagnosi come evoluzione del disturbo postraumatico stesso. Tuttavia i sintomi del PTSD permanevano ancora e, se andiamo ad analizzare l'esame psichico della precedente valutazione, non si rilevano differenze significative di status tra oggi e il 2012. Disturbi del sonno, stato di allerta, incapacità a proiettarsi verso il futuro, presenza di idee di morte, diminuzione dell'appetito, irascibilità, ansia che chiude lo stomaco fino a farla vomitare, conflitti con marito e figli, vergogna per il proprio corpo, si trovano ad oggi come allora invariate come intensità e frequenza. Quindi a mio avviso anche allora ci si trovava di fronte ad un quadro che, sebbene nel suo complemento egli non

definisce ancora cristallizzato, visto il decorso di questi anni appare stabile e ormai difficilmente modificabile. A mio avviso anche le algie ed il disfunzionamento attribuito dall'assicurata ai limiti somatici ha una base evidentemente somatoforme e deve essere aggiunta alle limitazioni per poter comprendere bene risorse e limiti. Al di là delle disquisizioni diagnostiche, che tuttavia ho affrontato nel dettaglio vista anche la richiesta del SMR, ritengo che appare arduo parlare di un vero e proprio peggioramento perché dall'analisi di decorso e dello status si ravvisa soltanto una ulteriore cronicizzazione del quadro con diminuzioni delle e possibilità di recupero. Non vi è un umore depresso e, benché lamenti una circadianità della sintomatologia con maggiore difficoltà ad attivarsi al mattino, non sono presenti anedonia, anergia e abulia ad un livello di gravità tale da porre diagnosi di episodio depressivo maggiore. Certo si deve sottolineare come la componente attentiva, che non era stata valutata tramite testistica, ha un influsso anche sulle competenze oltre che sulla eventuale performance lavorativa ma, anche a detta dell'assicurata tale problematica sussiste da tempo e appare improbabile che sia comparsa soltanto in questi ultimi anni, visto che spesso è alla base delle frequenti discussioni in casa che venivano descritte anche allora. Sul piano lavorativo da alcuni anni in modo abbastanza regolare lavora su chiamata per un pensum lavorativo medio di poco più di un'ora alla settimana _____ occupandosi dell'inventario; avrebbe ella stessa chiesto più volte di aumentare la quota oraria ma l'azienda non ne avrebbe necessità. Ha cercato di svolgere qualche attività di volontariato (_____ e Casa Anziani) ma in un caso ha avuto screzi con la responsabile dopo pochi giorni e non vi si è più recata. Ella stessa non si dice pregiudizialmente contraria al lavoro benché sia compatibile con le limitazioni somatiche postraumatiche e lo vedrebbe anche di buon grado come potenziale distrattore benché spesso il rimuginio emerge come automatismo e tende a parassitare lo psichismo. A mio avviso effettivamente l'associazione di dolori di tipo somatoforme, intesi come polarizzazione eccessiva sul somatico, uniti alla presenza della modificazione duratura della personalità limitano in modo importante la persistenza, la flessibilità e l'integrazione nel gruppo mentre le altre dimensioni, ad eccezione della competenza, della assertività e del contatto con gli altri non sembrano ancora intaccate dalla patologia. Da sottolineare come il disturbo somatoforme non sia meno pervasivo ed il ritiro sociale non sia tanto legato ad esso quanto per lo più alla modificazione della personalità, anche se ritengo che, in termini di persistenza, vi sia una limitazione che deriva soprattutto dall'alterata percezione del dolore. L'assicurata, nonostante presenti un'importante ed evidente propensione all'indennizzo non ha mostrato alcun segno di amplificazione volontaria dei sintomi e questo atteggiamento rivendicativo ben si iscrive nella succitata modificazione duratura della personalità. Sul piano prognostico ritengo che difficilmente con un incremento della farmacoterapia o con una maggiore adesione alla stessa, vista l'asserita parziale compliance dell'assicurata, o con un trattamento psicoterapico, sia possibile ottenere un miglioramento del quadro clinico tale da comportar un aumento della CL. Ritengo tuttavia che, qualora fosse sostenuta nella ricerca di un'attività lavorativa rispettosa dei limiti somatici, senza sforzi fisici eccessivi, simile a quella attualmente svolta per la Coop, ella potrebbe ottenere un maggiore beneficio clinico e anche prevenire ulteriori peggioramenti clinici; credo che con il tempo, in un ambiente non conflittuale e tollerante, l'assicurata potrebbe raggiungere una produttività anche superiore al 35% da me stimato. Ritengo in definitiva che il quadro clinico sia sovrapponibile a quello del gennaio 2012 benché, anche alla luce della nuova giurisprudenza (sentenza TF 9C_492/2014), sia giustificabile una IL del 65% in ogni attività nel libero mercato del lavoro. Sottolineo che molti degli elementi che si ritrovano

attualmente erano già presenti nella valutazione precedente e che dall'analisi del decorso appare verosimile che, piuttosto che un reale peggioramento, vi sia invece una ulteriore cristallizzazione del quadro che in allora non era presente per esplicita dichiarazione del perito (complemento peritale del febbraio 2012) ma che influisce peggiorandola sulla flessibilità e sulla pervasività del rimuginio negativo. In qualità di casalinga la limitazione appare invece verosimilmente del tutto sovrapponibile e stimabile, sul piano medico teorico, al massimo nella misura di un 50% (pulisce la casa tranne per i lavori pesanti, gestisce la burocrazia, cucina, va a fare la spesa e pianifica sufficientemente bene le diverse attività domestiche). C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1.

Descrizione di risorse e deficit-secondo schema – MINI ICF -APP - 1. Rispetto delle regole: grado di disabilità lieve: l'assicurata mantiene un senso delle gerarchie e dei ruoli in una organizzazione lavorativa, benché possa presentare, a fronte di ambienti conflittuali, delle reazioni poco tollerabili. 2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità assente: è in grado di dare le giuste priorità e pianificare i compiti: più che alla procrastinazione rischia di tendere ad un certo affaccendamento che non sembra mai afinalistico quanto piuttosto non del tutto produttivo. 3. Flessibilità: grado di disabilità grave: ormai si è strutturata in lei una visione del modo e del futuro che ruota attorno alla disabilità ed all'assenza di riconoscimento della stessa: anche rispetto alle sue reazioni verbalmente aggressive, sebbene ne abbia coscienza, esse si verificano in modo quasi automatico e in quel momento sono difficilmente controllabili. 4. Competenze: grado di disabilità lieve-moderato: sebbene lamenti difficoltà mesiche e di concentrazione oggettivabili anche alla valutazione peritale esegue, seppur per poche ore a settimana, un lavoro che richiede tali funzioni e non sembra sia mai stata richiamata per disfunzionamento: regge bene i colloqui non perdendo mai il filo del ragionamento. 5. Giudizio: grado di disabilità lieve: esame di realtà integro benché talvolta, per la sua rigidità sia da convincere rispetto a prese di posizione acritiche. 6. Persistenza: grado di disabilità moderato-grave: questa è la dimensione principalmente inficiata dal dolore e quindi l'assicurata deve cambiare posizione ogni paio di ore e necessita di pause, di sgranchirsi le gambe ed è impedita nel fare sforzi eccessivi e lamenta cefalea se rimane troppo concentrata. 7. Assertività: grado di disabilità moderato: l'assicurata può presentare talvolta reazioni eccessive per una maggior reattività, per l'ansia, per il sentirsi sempre tesa e molto apprensiva. In un ambiente tollerante tale limitazione verrebbe ad essere meno rilevante. 8. Contatto con gli altri: grado di disabilità moderato: appare colloquiabile anche se logorroica e ansiosa e questo, all'esterno, è percepito come un segno di debolezza. 9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità moderato-grave: da una parte il team dovrebbe vicariarla nei lavori pesanti, dall'altra dovrebbe essere tollerante e dare poco peso ad alcune sue reazioni. 10. Relazioni intime: grado di disabilità lieve: sebbene i rapporti siano descritti come tesi a causa delle sue reazioni di rabbia, sembra che vi sia una sufficiente tolleranza e in parte anche un supporto al suo malessere da parte della famiglia acquisita. 11. Attività spontanee: grado di disabilità assente: a parte il maggiore ritiro e la scarsa voglia di confrontarsi, mantiene comunque l'attività di pittura su porcellana e gestisce la casa in autonomia, eccezion fatta per lavori pesanti. 12. Cura di sé: grado di disabilità assente: ben curata nell'aspetto; avrebbe voglia di comprarsi dei vestiti ma il limite è legato alle difficoltà economiche. 13. Mobilità: grado di disabilità lieve: guida l'auto sebbene per lo più in percorsi noti, mentre ha difficoltà a prendere l'autobus o i treni se non accompagnata. (...)" (doc. AI 135/454-457). I periti del _____ hanno quindi concluso che "(...) rispetto alla valutazione peritale precedente si oggettiva una cristallizzazione del quadro con una componente somatoforme

che contribuisce ad un'ulteriore limitazione della capacità lavorativa soprattutto perché associata ad una modificazione duratura della personalità. Per questo ritengo che a partire almeno dalla presente valutazione peritale l'assicurata presenti una IL del 65% (diminuzione del tempo) in ogni attività lavorativa ad esclusione della attività di casalinga dove invece la CL appare invariata (50%). La prognosi è infausta per un recupero completo della CL. Non ritengo che il quadro sia modificabile con interventi farmacologici o psicoterapici. Ritengo invece che se l'assicurata fosse sostenuta con provvedimenti professionali nella ricerca di un'attività a tempo parziale, in un luogo tollerante ed a bassa conflittualità e in cui possa lavorare anche da sola, senza troppo contatto con l'utenza, del tutto simile a quello della _____ dove sta operando per un pensum minimo, potrebbe verosimilmente verificarsi un miglioramento della CL e un ripristino della limitazione del 50% precedentemente stimata dal Dr. _____. (...)” (doc. AI 135/457-458). Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale 8 giugno 2017 (doc. AI 134/435-438), circa le conclusioni a cui sono giunti i periti del _____, ha rilevato: “(...) attuale perizia dr. _____ del 30.5.2017: - Dall'attuale esame psichico non si rilevano differenze significative di status tra quello presente nel 2012 e quello attuale - Ulteriore cronicizzazione. Valutazione: il dr. _____ attualmente riconosce un impedimento del 65% riscontrano però esplicitamente uno status psichiatrico invariato rispetto al 2012. Ritengo quindi che si tratta di fatto d'una differente valutazione della medesima situazione e che quindi vada confermato in revisione uno stato di salute invariato, prognosi stazionaria. (...)” (doc. AI 134/435). Il medico SMR dr. _____, FMH in psichiatria e psichiatria – interpellato quale specialista in materia (cfr. doc. 138/461) – , nell’annotazione 10 luglio 2017 si è così espresso: “(...) Ho preso attenta visione del dossier, incluse le perizie allestite presso il _____, nel 2012 dal Dr. _____ e _____, nel maggio 2017 dal Dr. _____, Dr.ssa _____. Il rapporto SMR finale del Dr. _____ si basa sulle valutazioni complete ed esaustive dei colleghi, specialisti FMH in psichiatria. Lo stesso rapporto SMR finale del Dr. _____ è stato da me esaminato ed è assolutamente esaustivo e completo dal lato medico-psichiatrico. Pertanto, tale rapporto è da me integralmente confermato. (...)” (doc. AI 139/462). Sempre il dr. _____ – chiamato a prendere posizione sulle osservazioni 6 settembre 2017 al preavviso del 12 luglio 2017 (cfr. doc. AI 140/463-467, 145/477-478 e 146/480) – , nel rapporto finale SMR del 23 novembre 2017 ha, in particolare, evidenziato: “(...) Perizia _____ Dr. _____ 30.05.2017: - Modificazione duratura della personalità dopo evento catastrofico ICD 10 F 62.0 - Disturbo somatoforme da dolore persistente ICD 10 F 45.4 - Appare arduo parlare di un vero e proprio peggioramento perché dall'analisi di decorso e dello status si ravvisa soltanto un'ulteriore cronicizzazione del quadro con diminuzioni delle possibilità di recupero. [...] Nessuna variazione dal rapporto SMR finale del 14.02.2012. [...] Il perito psichiatrico _____ ha approfondito l'aspetto diagnostico di uno status attualmente cronicizzato e verosimilmente cristallizzato e immodificato dalla precedente valutazione del 2012. (...)” (doc. AI 149/483-485). L’Ufficio AI – fatte proprie le conclusioni a cui sono giunti i medici SMR dr. _____ e dr. _____ e scostandosi da quelle formulate dai periti dr. _____ e dr. _____ nella perizia 30 maggio 2017 del _____ (doc. AI 135/439-458) – , ha ritenuto che la situazione medico valetudinaria sia rimasta invariata rispetto alla precedente valutazione (come visto sopra, fondata sulle perizie 13 luglio 2010 del SAM e 27 gennaio 2012 del _____) e, conseguentemente, ha respinto la domanda di aumentato confermando il diritto alla mezza rendita (cfr. consid. 1.3). 2.6. 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 concluzione 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).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può confermare l'operato dell'amministrazione. Va infatti innanzitutto evidenziato che, nel complemento peritale del 7 febbraio 2012, i dottori _____ e _____ hanno, tra l'altro, evidenziato che "(...) non siamo ancora in presenza di uno stato psichico cristallizzato e, come da noi specificato in perizia, il caso sarà da rivalutare a distanza di 18-24 mesi proprio perché la continuazione delle cure specialistiche potrebbe portare ad un miglioramento del quadro clinico e quindi ad un aumento della capacità lavorativa anche grazie all'atteggiamento propositivo dell'assicurata. (...)” (doc. AI 94/336). Essendosi l'amministrazione, nell'ambito della decisione del 10 maggio 2012, fondata anche sul succitato complemento peritale del _____ (cfr. consid. 1.2) dal quale risulta uno stato di salute non ancora stabile (tanto che già si prevedeva di rivalutare la situazione a distanza di 18-24 mesi) – in una tale evenienza (ai sensi della giurisprudenza di cui alla STF 9C_342/2008 del 20 novembre 2008, consid. 3.2 non pubblicato nella DTF 135 I 1) l'amministrazione non è ancora in grado di esprimersi in modo definitivo in merito alla residua capacità di guadagno (vedi, in argomento, la STCA 32.2018.81 del 4 ottobre 2018, consid. 2.5) – nella presente procedura il TCA deve stabilire se, sulla base delle risultanze degli ulteriori accertamenti medici esperiti, a ragione l'Ufficio AI ha ritenuto che la situazione medico valetudinaria sia rimasta invariata rispetto alla precedente valutazione (cfr. consid. 2.5) . In questo senso, nella misura in cui pretendendo che i periti del _____ nella perizia del 30 maggio 2017 dovevano argomentare e provare in senso stretto un peggioramento dello stato di salute, l'amministrazione misconosce la succitata giurisprudenza e non può pertanto essere seguita laddove (negando implicitamente l'esistenza di una tale prova) conclude che lo stato valetudinario sia rimasto invariato. Del resto i periti del _____ hanno sottolineato come "(...) molti degli elementi che si ritrovano attualmente erano già presenti nella valutazione precedente e che dall'analisi del decorso appare verosimile che, piuttosto che un reale peggioramento, vi sia invece una ulteriore cristallizzazione del quadro che in allora non era presente per esplicita dichiarazione del perito (complemento peritale del febbraio 2012) ma che influisce peggiorandola sulla flessibilità e sulla pervasività del rimuginio negativo. (...)” (doc. AI 135/456, le sottolineature sono del redattore). Dal canto suo lo specialista curante dr.

_____ – riguardo al possibile miglioramento ipotizzato dai dottori _____ e _____ nella perizia del 27 gennaio 2012 del _____: “(...) Il caso sarà da rivalutare a distanza di 18-24 mesi nella speranza che la continuazione delle cure specialistiche consenta di elaborare l'accaduto e di ripristinare gradualmente un migliore equilibrio psichico (...)” (doc. AI 89/326) –, nella lettera del 31 marzo 2017 (doc. AI 126/417-418), ha rilevato che “(...) malauguratamente non vi è stato nessun miglioramento ma anzi così come scritto nella mia lettera del 23.11.2017 [ndr. recte: 2016; trattasi dello scritto del dr. _____ sub doc. AI 111/370-372 trattato alla stregua di una domanda d’aumento] la situazione è peggiorata ulteriormente. (...)” (doc. AI 126/417). Va rilevato che – anche tenendo conto del fatto che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio e che piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell’esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (DTF 144 V 50; STF 8C_154/2018 del 13 dicembre 2018, resa nella composizione di 5 giudici, consid. 3.2 e 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 consid. 3.5.1, entrambe con rinvio alla DTF 141 V 281 consid. 8) – la perizia 27 gennaio 2012 con complemento del 7 febbraio 2012 del CPAS (doc. AI 89/320-328 e 94/336) non teneva conto della giurisprudenza circa la procedura probatoria strutturata (valida in presenza di disturbi somatoformi e poi allargata a tutti i disturbi psichici; cfr. consid. 2.3) di cui alla DTF 141 V 281 e che nemmeno l’amministrazione adduce per quali ragioni ci si dovrebbe fondare su questa prima perizia del CPAS invece che su quella del 30 maggio 2017. Questo Tribunale, riguardo alla perizia 30 maggio 2017 del _____ (doc. AI 135/439-458) – visto che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.6), la problematica psichiatrica è stata chiarita in modo soddisfacente dai dottori _____ e _____ i quali, ritenuti gli indicatori determinanti l’effettivo potenziale di rendimento e considerando, da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale e da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse), hanno espresso una valutazione complessiva commisurata al caso concreto – deve concludere che alla stessa va riconosciuta piena forza probatoria. Infatti, il referto reso dai periti del _____ corrisponde alla necessità di stabilire i fatti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. I dottori _____ e _____, chiamati a stabilire la capacità lavorativa della ricorrente, dopo aver visitato in due occasioni (il 23 e il 26 maggio 2017 per un tempo totale di 130 minuti; cfr. doc. AI 135/439) l’assicurata, hanno descritto nei minimi particolari l’anamnesi, l’esame clinico secondo AMDP-System, gli approfondimenti testistici, la descrizione della giornata ed hanno risposto alle questioni poste dall’Ufficio AI, che tengono conto degli indicatori standard posti dal TF nella DTF 141 V 281 ed estesi, dalle DTF 143 V 409 e 143 V 418, a tutte le malattie psichiche. I periti del _____, in sede di discussione, hanno, in particolare, evidenziato che “(...) l’associazione di dolori di tipo somatoforme, intesi come polarizzazione eccessiva sul somatico, uniti alla presenza della modificazione duratura della personalità limitano in modo importante la persistenza, la flessibilità e l’integrazione nel gruppo mentre le altre dimensioni, ad eccezione della competenza, della assertività e del contatto con gli altri non sembrano ancora intaccate dalla patologia. Da sottolineare come il disturbo somatoforme non sia meno pervasivo ed il ritiro sociale non sia tanto legato ad esso quanto per lo più alla modificazione della personalità, anche se ritengo che, in termini di persistenza, vi sia una limitazione che deriva soprattutto dall’alterata percezione del dolore. L’assicurata,

nonostante presenti un'importante ed evidente propensione all'indennizzo non ha mostrato alcun segno di amplificazione volontaria dei sintomi e questo atteggiamento rivendicativo ben si iscrive nella succitata modificazione duratura della personalità. Sul piano prognostico ritengo che difficilmente con un incremento della farmacoterapia o con una maggiore adesione alla stessa, vista l'asserita parziale compliance dell'assicurata, o con un trattamento psicoterapico, sia possibile ottenere un miglioramento del quadro clinico tale da comportar un aumento della CL. (...)” (doc. AI 135/455-456). Tenuto conto delle conseguenze sulla capacità di lavoro – vedi la “Descrizione di risorse e deficit – secondo schema MINI ICF - APP -” riprodotta in esteso al consid. 2.5) – i periti hanno infine concluso che “(...) rispetto alla valutazione peritale precedente si oggettiva una cristallizzazione del quadro con una componente somatoforme che contribuisce ad un'ulteriore limitazione della capacità lavorativa soprattutto perché associata ad una modificazione duratura della personalità. Per questo ritengo che a partire almeno dalla presente valutazione peritale l'assicurata presenti una IL del 65% (diminuzione del tempo) in ogni attività lavorativa ad esclusione della attività di casalinga dove invece la CL appare invariata (50%). La prognosi è infausta per un recupero completo della CL. Non ritengo che il quadro sia modificabile con interventi farmacologici o psicoterapici. Ritengo invece che se l'assicurata fosse sostenuta con provvedimenti professionali nella ricerca di un'attività a tempo parziale, in un luogo tollerante ed a bassa conflittualità e in cui possa lavorare anche da sola, senza troppo contatto con l'utenza, del tutto simile a quello della _____ dove sta operando per un pensum minimo, potrebbe verosimilmente verificarsi un miglioramento della CL e un ripristino della limitazione del 50% precedentemente stimata dal Dr. _____. (...)” (doc. AI 135/457-458, le sottolineature sono del redattore). L'amministrazione, come accennato, non ha addotto per quali ragioni ci si dovrebbe fondare sulla perizia 27 gennaio 2012 del _____ e, soprattutto, nemmeno ha indicato alcun valido motivo per cui ci si debba scostare dalla perizia – lo si ribadisce, rispettosa della giurisprudenza circa la procedura probatoria strutturata ai sensi della DTF 141 V 281 – del 30 maggio 2017. Tali motivi, visto quanto sopra esposto, non possono certo essere ravvisati nel rapporto finale SMR dell'8 giugno 2017 nel quale il dr. _____ (oltretutto non specialista in materia) ha contestato la valutazione dei dottori _____ e _____ limitandosi a sostenere che “(...) si tratta di fatto d'una differente valutazione della medesima situazione (...)” (doc. AI 134/435). Lo stesso dicasi anche per l'annotazione 10 luglio e il rapporto finale SMR 23 novembre 2017 (doc. AI 139/462 e 149/483-485) nei quali il dr. _____, ancorché specialista in materia, non si è confrontato puntualmente con la perizia 30 maggio 2017 del _____ (doc. AI 135/439-458) limitandosi a confermare il rapporto finale SMR dell'8 giugno 2017 del dr. _____ (cfr. doc. AI 134/435-438) adducendo che “(...) ho preso attenta visione del dossier, incluse le perizie allestite presso il _____, nel 2012 dal Dr. _____ e _____, nel maggio 2017 dal Dr. _____, Dr.ssa _____. Il rapporto SMR finale del Dr. _____ si basa sulle valutazioni complete ed esaustive dei colleghi, specialisti FMH in psichiatria. (...)” (doc. AI 139/462); rispettivamente ad attestare uno stato di salute invariato rilevando che “(...) il perito psichiatrico _____ ha approfondito l'aspetto diagnostico di uno status attualmente cronicizzato e verosimilmente cristallizzato e immodificato dalla precedente valutazione del 2012. (...)” (doc. AI 149/485). Per un caso diverso in cui l'Alta Corte ha confermato il giudizio della precedente istanza giudiziaria che aveva concluso come l'incapacità lavorativa attestata da un punto di vista psichiatrico non presentasse, in base alla procedura probatoria fondata su indicatori di cui alla DTF 141 V 281, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante, vedi la

STF 8C_154/2018 del 13 dicembre 2018 resa nella composizione di cinque giudici. Questo Tribunale, viste le risultanze mediche (cfr. consid. 2.5) e per le ragioni suesposte, deve pertanto concludere che dal marzo 2017 (tre mesi dopo il peggioramento attestato dal dr. _____ nello scritto del 23 novembre 2016 sub doc. AI 111/370-372 ex art. 88a cpv. 2 OAI) l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 65% in qualsiasi attività. Infatti i dottori _____ e _____ (ritenuto anche il colloquio telefonico con il dr. _____; cfr. doc. AI 135/453 punto 6), nella perizia 30 maggio 2017 del _____, hanno concluso come “(...) a partire almeno dalla presente valutazione peritale l'assicurata presenti una IL del 65% (diminuzione del tempo) in ogni attività lavorativa (...)” (doc. AI 135/457, la sottolineatura è del redattore). 2.8. Nell'ambito della procedura sfociata nella decisione del 10 maggio 2012 (cfr. consid. 1.2), per il calcolo dei redditi da valido e da invalido, l'amministrazione si era fondata sui medesimi dati statistici e aveva applicato una riduzione sociale dal reddito da invalido del 13% (cfr. doc. AI 97/343-345). Questo Tribunale – ritenuta la lunga assenza dal mondo del lavoro e la minima attività lavorativa (terminata il 30 dicembre 2017 come risulta dal doc. G) presso la _____ (cfr. doc. AI 118/392-397) –, non ha alcun motivo per scostarsi dal modo di procedere dell'Ufficio AI (peraltro rimasto incontestato) che, per il calcolo dei redditi da valido e invalido, si è fondato sui dati statistici di cui alla tabella TA1. Per contro, la riduzione sociale del 13% del reddito ipotetico da invalido, va aumentata al 15%. Infatti, nella STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, il TF ha confermato l'utilizzo di multipli di 5 per la riduzione del salario statistico rilevando, tra l'altro, che “(...) come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invali-denversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...)” (STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, consid. 5.5). Ritenuto che i redditi da valido e da invalido si basano sui medesimi dati statistici (che quindi si può procedere con un confronto percentuale) e applicata la riduzione sociale del 15% al reddito ipotetico da invalido, il grado d'invalidità risulta essere del 70% ($100 - ([100 - 65] \text{ ridotti del } 15\%) = 70.25\%$ arrotondato al 70% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). Allo stesso risultato è giunto anche l'insorgente che – ripresi i dati statistici non aggiornati considerati dall'Ufficio AI, vista l'incapacità lavorativa del 65% e applicata una riduzione del 13%: ovvero fr. 52'888 quale reddito da valido e fr. 16'104 quale reddito da invalido ($52'888 \times 35\%$ ridotti del 13% = 16'104) – è giunto ad un grado d'invalidità del 69.55% ($[52'888 - 16'104] : 52'888 \times 100 = 69.55\%$). 2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è dunque a torto che l'Ufficio AI non ha riconosciuto all'insorgente nessun aumento del grado d'invalidità e confermato il diritto alla mezza rendita (cfr. consid. 1.3). La decisione impugnata – ritenuto un grado d'invalidità del 70% dal marzo 2017 (cfr. consid. 2.7 e 2.8) – va annullata e riformata nel senso che all'insorgente va riconosciuto il diritto ad una rendita intera a contare dal 1. marzo 2017 (tre mesi dopo il peggioramento attestato dal dr. _____ nello scritto del 23 novembre 2016 sub doc. AI 111/370-372 ex art. 88a cpv. 2 OAI). 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di procedura di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale rifonderà inoltre alla ricorrente, patrocinata dall'avv. RA 1, fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili (art. 61 lett. g LPGa).

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