

TI_GERICHTE 32.2018.81 vom 18. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.81

FR: TI_GERICHTE 32.2018.81 du 18 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.81 del 18 aprile 2018

Regeste

Soppressione del diritto alla rendita in via di revisione

Erwägungen

E. 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’appruzzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.5. Come accennato (cfr. consid. 1.1), nell’ambito della procedura

sfociata nella decisione del 14 agosto 2013, l'amministrazione ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita intera quando il suo stato di salute non era ancora stabile. Si era, infatti, in attesa dell'esito del previsto intervento neurochirurgico ritenuta la necessità di rivalutare in seguito la capacità lavorativa. L'Ufficio AI (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), essendo l'assicurata ancora in cura e in attesa di sottoporsi al succitato intervento non era ancora in grado di esprimersi in modo definitivo in merito alla residua capacità di guadagno. In effetti una revisione era prevista già per il 31 gennaio 2014 (cfr. la delibera del 21 maggio 2013 sub doc. AI 73/244-245) e la stessa è stata effettivamente intrapresa d'ufficio il mese seguente (cfr. consid. 1.2). L'Alta Corte, nella succitata STF 9C_342/2008 del 20 novembre 2008 resa nella composizione di 5 giudici – avuto riguardo alla costante giurisprudenza secondo la quale per una riduzione della rendita in via di revisione non basta una semplice nuova valutazione dei presupposti necessari per riconoscere il diritto alla rendita (cfr., tra le tante, la STF 9C_114/2008 del 30 aprile 2008 consid. 2.1) –, ha rilevato che questo vale quando la prima decisione è stata emessa sulla base di una completa ed effettiva valutazione dei fatti posti a fondamento della stessa; in questo senso, ad esempio, se l'amministrazione si accontenta di un accertamento incompleto essendo il trattamento medico ancora in corso, l'art. 17 LPGa non le impedisce di esprimersi, sulla base delle risultanze di un approfondito accertamento effettivo della fattispecie, nuovamente sulla rendita in corso (“(…) Zwar genügt für eine revisionsweise Herabsetzung der Invalidenrente eine blossе Neubeurteilung der invaliditätsmässigen Voraussetzungen nach ständiger Rechtsprechung nicht (statt vieler Urteil 9C_114/2008 vom 30. April 2008 E. 2.1). Hingegen liegt dieser Konzeption die Voraussetzung zugrunde, dass die erstmalige Rentenfestsetzung auf der Basis einer umfassenden tatsächlichen Entscheidungsgrundlage ergangen ist. Hat die Verwaltung hingegen, z.B. mit Blick auf eine noch laufende medizinische Behandlung, eine nicht abschliessende Aktenlage für die Rentenzusprechung genügen lassen (vgl. E. 5.3 hernach), so schliesst Art. 17 ATSG nicht aus, zu einem späteren Zeitpunkt eine eingehendere Abklärung der Sache vorzunehmen und gestützt auf deren Ergebnisse tatsächlicher Natur über den laufenden Leistungsanspruch neu zu befinden. (...)” (STF 9C_342/2008 del 20 novembre 2008, consid. 3.2)). Il TF si è confermato in questa giurisprudenza nella STF 9C_383/2017 dell'11 ottobre 2017 (cfr. il consid. 6.2 della succitata STF con riferimenti). Conformemente alla succitata giurisprudenza federale – ribadito che al momento della decisione del 14 agosto 2013 lo stato di salute non era stabile, che vi era in previsione un intervento neurochirurgico e che pertanto il trattamento medico era ancora in corso – questo Tribunale ritiene che la ricorrente, nella misura in cui (adducendo che “(...) non è possibile stabilire se globalmente la situazione valetudinaria sia effettivamente migliorata, ciò che si contesta, in assenza di una refertazione psichiatrica chiara e di una valutazione reumatologica che conclude che dal 2013 la situazione è stazionaria se non addirittura peggiorata a causa del quadro fibromialgico primario. (...)” (I, punto 5.3.5, pag. 15)) pretenda che i periti del SAM dovevano argomentare e provare in senso stretto un miglioramento dello stato di salute, misconosce la succitata giurisprudenza e non può pertanto essere seguita. Essendosi l'amministrazione, nell'ambito della decisione del 14 agosto 2013, accontentata di un accertamento incompleto visto il trattamento medico ancora in corso, nella presente procedura il TCA deve stabilire se, sulla base delle risultanze degli ulteriori accertamenti medici ed economici esperiti, a ragione l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita intera. 2.6. Quanto all'utilizzabilità dell'osservazione dell'investigatore privato incaricato

dall'assicuratore LPP – peraltro rimasta incontestata nel ricorso a differenza delle osservazioni del 9 aprile 2018 (cfr., in particolare, il punto 2 sub. doc. AI 245/1044-1045) – , questo Tribunale può fare proprio quanto rilevato nella decisione impugnata dall'Ufficio AI e meglio che “(...) con riferimento alle osservazioni presentate in data 9 aprile 2018, l'UAI evidenzia innanzitutto che la Corte Europea dei diritti dell'uomo (CEDU), nel suo giudizio 61838/10 del 18 ottobre 2016, ha indicato che la sorte della prova illecita va valutata alla luce del diritto svizzero. Al riguardo, l'Alta Corte, nel DTF 143 I 377 del 14 luglio 2017, ha successivamente stabilito i presupposti per poter utilizzare - nell'ambito dell'apprezzamento delle prove - le sorveglianze emesse senza una base legale valida. Nel caso di specie, l'UAI ritiene che la sorveglianza esperita dall'Istituto previdenziale _____ è ossequiosa della giurisprudenza resa dal Tribunale federale posteriormente all'emissione del suindicato giudizio della CEDU. In tema, l'UAI considera in particolare di possedere un interesse pubblico preponderante a evitare la corresponsione di rendite d'invalidità non più dovute rispetto a quello dell'assicurata a che la sua sfera privata non venga in alcun modo intaccata. La sorveglianza, avviata sulla base di sospetti fondanti (cfr. il questionario di revisione dell'_____ del 2 luglio 2013) e registrante comportamenti frutto dell'iniziativa dell'assicurata (la quale non ha subito influssi esterni o inganni da parte dell'osservante), è stata del resto effettuata in spazi pubblici. L'UAI valuta inoltre che la sorveglianza di cui al rapporto 3 giugno 2014 della _____ non è stata né sistematica (11 giorni in totale) né costante (a pagina 4 del citato rapporto si evince che l'inizio e la fine delle osservazioni variavano solitamente tra le 4 e le 9 ore giornaliere. Per un caso analogo, si rinvia al consid. 5.2.2.2 della sentenza del Tribunale federale 8C 802/2016 del 21 agosto 2017). Visto quanto precede, l'UAI si ritiene tutt'ora legittimato a prendere in considerazione le risultanze della sorveglianza investigativa ordinata nel 2014 dall'_____. (...)” (doc. AI 248/1078). In argomento vedi anche la STF 9C_218/2018 del 22 giugno 2018, in particolare il consid. 4. In tale contesto va ricordato che le risultanze di un'accurata sorveglianza, unitamente a un rapporto medico allestito in base agli atti, possono di principio costituire una base sufficiente per decidere in merito allo stato di salute e alla capacità lavorativa della persona assicurata (cfr. DTF 137 I 327 consid. 7.1 e riferimenti). Tuttavia, un rapporto di sorveglianza non costituisce di per sé una base sicura per l'accertamento della fattispecie. Esso può tutt'al più fornire degli indizi oppure costituire la base per formulare dei sospetti. In quest'ottica, soltanto la valutazione medica della documentazione relativa alla videosorveglianza, può fornire sicure conoscenze della fattispecie (cfr. STF 8C_132/2018 del 27 giugno 2018 consid. 2.2.1 e la STCA 32.2017.143 e 32.2018.39-40 del 7 maggio 2018, consid. 2.5). In particolare, nella succitata STF 8C_132/2018 del 27 giugno 2018, il TF non ha ravvisato alcun arbitrio per il fatto che l'Ufficio AI, per chiarire la conciliabilità del comportamento e delle dichiarazioni dell'assicurato con le prestazioni sportive e i suoi comportamenti giornalieri resi nello stesso spazio di tempo, ha ritenuto necessario l'esperimento di una perizia medica (“(...) Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin ist nicht klar, inwiefern die IV-Stelle willkürlich oder wider Treu und Glauben gehandelt haben sollte, indem sie sich der Einschätzung der Allianz anschloss, es sei mittels ärztlichen Gutachtens abzuklären, ob das Verhalten und die Äusserungen der Versicherten in früheren Abklärungssituationen mit den im gleichen Zeitraum erbrachten sportlichen Leistungen und dem Alltagsverhalten in Einklang zu bringen sind. (...)” (STF 8C_132/2018 del 27 giugno 2018, consid. 3)) . 2.7. Nella fattispecie in esame questo Tribunale rileva innanzitutto che l'Ufficio AI, con la decisione del 14 agosto 2013 (cresciuta incontestata in giudicato; doc. AI 82/259-266), ha

ricosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita intera d'invalidità fondandosi sulla perizia pluridisciplinare del SAM del 18 gennaio 2013 (doc. AI 59/160-221). I periti del SAM, poste le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Episodio depressivo di grado medio senza sindrome biologica (ICD-10 F32. 1). Sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4). Fobia specifica (F40.2). Sindrome lombo-spondilogenica cronica e radicolare con/su: • radicolopatia S1 a ds.; • grossa ernia discale L5-S1 recessale a ds. con compressione della sopraccitata radice S1 a ds.; • incipiente discopatia L4-L5; • incipiente spondilartrosi e sovraccarico delle articolazioni intervertebrali L4-S1. Sindrome cervico- e dorso-spondilogenica cronica con/su: • pregressa distrofia di crescita di Scheuermann; • piccola ernia discale recessale a sin. Th9-10 e Th11-12; • minime alterazioni degenerative cervicali; • lieve ipercifosi dorsale. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Pregressa ablazione a livello cardiaco (19.5.2004): - a causa di tachicardia sopra-ventricolare. Pregressa colica renale ds. (2007). (...)" (doc. AI 59/175-176) circa le conseguenze sulla capacità lavorativa hanno rilevato: " (...) Dal punto di vista psichiatrico l'A. presenta attualmente una capacità lavorativa del 60%. L'aspetto funzionale che condiziona la capacità lavorativa dell'A. è il dolore, lo stato di astenia, l'abulia e la diminuzione del tono dell'umore che presenta. In questo modo l'A. si rende lenta, inaffidabile, con una minore resistenza e una maggiore esauribilità davanti ad ogni compito. Precedentemente l'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% dal 22.3.2012 (inizio della presa a carico psichiatrica), al 50% dall'1.7.2012 ed al 60% dall'1.9.2012. La prognosi è proclive di miglioramento. L'A. continua ad essere ben seguita dal punto di vista psicoterapico e di tipo farmacologico. Dal punto di vista reumatologico l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% a causa della grossa ernia discale L5-S1 recessale a ds. con compressione della radice di S1. A due riprese vi è stata una rottura del disco a livello L5-S1 e a due riprese è fuoriuscita un'ernia discale. Il nostro consulente propone un approccio chirurgico. In effetti l'A. nel corso del mese di dicembre sarà visitata dagli specialisti della _____ di _____. Un intervento chirurgico sulla colonna lombare (sequestrectomia, discectomia o spondilodesi) ha buone possibilità di migliorare la situazione della capacità lavorativa dell'A. Dopo l'intervento dovrebbe poter recuperare la capacità lavorativa piena entro 3-4 mesi. E' possibile che a causa degli altri problemi alla colonna vertebrale l'A. raggiunga una capacità lavorativa solo dell'80%. Dal punto di vista neurologico l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 60% nell'ultima attività svolta. Anche il nostro consulente in neurologia constata un peggioramento. Globalmente l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come bancaria e impiegata d'ufficio da dicembre 2010 (peggioramento della sintomatologia) e continua. La prognosi dipenderà dall'intervento neurochirurgico. Successivamente sarà necessario rivalutare la capacità lavorativa dell'A. prendendo contatto con il curante. (...)" (doc. AI 59/24) Il dr. _____, medico SMR e FMH in psichiatria – interpellato dall'Ufficio AI alla luce della cronistoria descritta nel "Mandato per SMR" del 9 ottobre 2014 (doc. AI 95/309-312) e, in particolare, visto che tra gli atti ricevuti dall'assicuratore LPP figurava la documentazione relativa a una sorveglianza messa in atto tra il 28 febbraio e il 26 maggio 2014 e che con lettera 10 settembre 2014 quest'ultimo ha comunicato all'assicurata la sospensione della rendita d'invalidità LPP dal 1. novembre 2014 – , nell'annotazione 15 ottobre 2014 (doc. AI 96/313-316), ha così risposto alle domande sottopostegli: " (...) 1. a livello medico è ammessa la presenza di incongruenze circa l'entità della gravità del quadro clinico sancito agli atti? Un quadro clinico come quello descritto al momento della perizia SAM non sarebbe compatibile con quanto dimostrato dalla sorveglianza. 2. com'è

compatibile la mobilità fisica riscontrata nei filmati di osservazione con quanto indicato nella perizia SAM (pag. 21-22) secondo cui l'A. non sarebbe in grado di svolgere alcuna attività lavorativa, poiché i dolori lombari le impedirebbero di stare seduta oltre mezz'ora e di svolgere qualunque ulteriore attività oltre mezz'ora? La sorveglianza dimostra un funzionamento psicofisico normale. Per questo motivo è possibile affermare che: o i dolori lombari non sono più presenti, oppure sono ancora presenti, ma di entità lieve, tale da non limitare in alcun modo la vita dell'assicurata, sia fuori che, conseguentemente, dentro casa.

3. com'è compatibile il diagnosticato episodio depressivo di grado medio con quanto rilevato dall'agenzia investigativa? [...] L'A. conduce de facto le sue giornate in maniera totalmente diversa da quella da lei descritta in sede SAM (cfr. pagina 12) e nella lettera 4 luglio 2014. L'assicurata trascorre gran parte delle giornate fuori casa, dimostrando di avere un'energia ragguardevole. Sembra provare piacere per le attività ricreative, si prende cura di sé, interagisce senza apparente timore con le persone, è attenta al proprio abbigliamento, alla pulizia impeccabile della sua auto, alla propria immagine in generale. Non vi sono segni di compromissione del funzionamento generale; questi elementi permettono di escludere una depressione invalidante.

4. com'è compatibile il colorito contatto sociale riscontrato nei filmati di osservazione con quanto indicato dalla curante Dr.ssa _____ nel suo rapporto 20 febbraio 2014, secondo cui vi sarebbe stato addirittura un peggioramento dei sintomi di ansia e di depressione, ritenuti persistenti e debilitanti? La dr.ssa _____ non parla di una depressione endogena, ma descrive una sofferenza reattiva alla malattia del compagno. La spiegazione più probabile mi sembra quindi la seguente. L'assicurata può presentare, come tutti nelle fasi della vita, dei normali stati di sofferenza emotiva, come ad esempio la tristezza per la malattia del compagno. Davanti ai medici l'assicurata amplifica e narra questa sofferenza come se fosse insopportabile, come una depressione limitante, che provoca angoscia e la blocca sul piano socio-professionale. [...].

5. quali sono le limitazioni psicofisiche effettive dell'A. alla luce dei filmati d'osservazione dell'agenzia investigativa? Non vi sono limitazioni, né dal punto di vista somatico né dal punto di vista psichico. L'assicurata conduce una vita normale, passa delle giornate molto attive, senza limitazioni. Ha amicizie, interessi, si prende cura di sé e pratica uno sport che implica torsioni a carico della colonna vertebrale e posture statiche che sollecitano la colonna lombare. Trascorre molto tempo seduta in auto, in una posizione inergonomica, che sollecita la radice nervosa coinvolta dall'ernia in passato.

6. quali sono i motivi che impedirebbero all'A. di svolgere un'attività lavorativa nell'abituale ramo commerciale? Nessuno.

7. nella fattispecie si tratta di un miglioramento dello stato di salute (nell'affermativa si prega di indicare da quando) oppure è ipotizzabile l'effettuazione di un'errata valutazione a causa di un comportamento tendenzioso dell'A. (omissione d'informazioni e/o aggravamento dei sintomi su base fittizia)? Entrambi gli aspetti sono presenti. [...] L'assicurata nel 2014 continua a descriversi seriamente depressa, ansiosa, ritirata socialmente e dolorante, anche per quei periodi durante i quali la sorveglianza ha dimostrato il contrario. [...]. La valutazione reumatologica del dicembre 2012 era invece basata su dati oggettivi, ovvero sulla presenza documentata di una grossa ernia del disco intervertebrale. Si tratta quindi di una valutazione oggettiva e condivisibile, anche nelle conclusioni alle quali giunge circa la completa IL in dicembre 2012. Il dr. _____ ammetteva però che con una terapia conservativa l'ernia poteva regredire nell'arco di 3-4 mesi. L'assicurata non si è più recata alla _____ e da tempo non ha più ricercato cure specialistiche. Quindi possiamo dedurre che l'ernia sia veramente regredita nell'arco di 4 mesi dalla perizia reumatologica. [...].

8. è necessario procedere ad una rivalutazione

peritale della pratica? Non mi sembra il caso di chiedere una perizia. I dati emersi dalla sorveglianza ci consentono dichiarare possibile al 100% il lavoro precedente di impiegata di banca a partire da maggio 2013. La sorveglianza si è protratta per diverso tempo, per cui permette di escludere eventuali oscillazioni nella gravità della sintomatologia depressiva. Una valutazione peritale non saprebbe aggiungere nulla di più a quanto è già oltremodo evidente. 9. qual è la compatibilità tra la mobilità e lo stato psichico riscontrati nei filmati d'osservazione con il contenuto della perizia SAM del 18 gennaio 2013, rispettivamente con quello dei più recenti rapporti medici dei due curanti del febbraio e del marzo 2014? Si prega di fornire una risposta motivata. Non vi è alcuna compatibilità; si veda la spiegazione che ho fornito al punto 7 e al punto 4. L'assicurata continua a recarsi dai curanti portando delle normali sofferenze emotive e dei fastidi fisici modesti. [...]. 10. visto la mobilità riscontrata nei filmati che cosa impedirebbe all'A. (che vive sola) di provvedere personalmente alle proprie faccende domestiche? (in particolare la pulizia dei pavimenti con aspirapolvere e straccio, pulizia dei bagni, dei vetri, il cambio delle lenzuola, lo stiro e la preparazione dei pasti?) L'assicurata non presenta limitazioni nelle attività al di fuori delle mura domestiche. A maggior ragione va considerata quindi capace di occuparsi senza alcuna difficoltà della propria abitazione. (...)" (doc. AI 96/313-316) I periti del SAM – interpellati dall'Ufficio che ha loro sottoposto i quesiti posti dall'amministrazione e dall'assicurata (cfr. doc. AI 102/336-337), avuto anche riguardo all'ulteriore documentazione medica prodotta e meglio: i rapporti medici del 20 marzo e 18 settembre 2014 (doc. AI 86/278-283 e 104/373) del dr _____, FMH in medicina interna; dell'11 dicembre 2012 e del 20 febbraio e 15 settembre 2014 (doc. AI 104/371-372, 85/272-277 e 104/370) della dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia e del 15 novembre 2014 (doc. AI 104/375-376) del dr. _____, FMH in neurochirurgia – , nel complemento del 5 febbraio 2015 si sono così espressi: " (...) Riassumendo, la nostra perizia SAM redatta il 18.1.2013 (accertamenti fra il 28.11 e il 7.12.2012) ha codificato una capacità lavorativa dello 0% come bancaria e in attività lavorative simili e in qualsiasi tipo di attività. Si faceva notare che la prognosi dipendeva dall'intervento chirurgico e si consigliava di rivalutare il caso dopo ca. quattro mesi dall'intervento. Si prospettava una regressione dell'ernia discale anche in assenza dell'intervento operatorio e si prevedeva un miglioramento a livello psichiatrico. L'Ufficio AI con decisione del 21.5.2013 ha codificato per un grado d'invalidità dell'88% a partire dall'1.12.2011 con versamenti dall'1.1.2012. Su incarico di _____ l'A. è stata sottoposta a sorveglianza tra il 28.2 e il 26.5.2014 nello svolgimento di attività quotidiane all'esterno (acquisti, bar, vari spostamenti, presenza in un club di golf, guida dell'automobile ecc.). Il legale dell'A. ribadisce un'incapacità lavorativa del 100% e ha allegato alcune attestazioni, secondo le quali l'A. ha svolto solamente dei brevi colpi e saltuariamente alcuni colpi di lunga distanza come golfista. Il Dr. med. _____, il Dr. med. _____ e la Dr.ssa med. _____ codificano una capacità lavorativa dello 0%. Abbiamo sottoposto i sopraccitati documenti medici e la documentazione riguardante la sorveglianza ai nostri consulenti che così hanno risposto. Riportiamo in estenso la presa di posizione del consulente in psichiatria Dr. med. _____: " In considerazione del materiale d'osservazione e dell'aggiornamento dell'incarto AI ricevuto le risultanze di cui alla perizia pluridisciplinare del 18 gennaio 2013 non trovano conferma. A giudicare dalla nuova informazione messa a disposizione (in particolare dopo un'attenta lettura del rapporto del mandato di sorveglianza eseguito dalla ditta La Traccia Sagl e dei rapporti medici dei colleghi _____ e _____) le conclusioni psichiatriche da me poste non trovano conferma. Va detto che gli aspetti

patologici considerati nella mia valutazione, e che avevano un influsso sulla qualità di vita e sul deficit funzionale dell'assicurata, erano soprattutto secondari alla sintomatologia algica, in minore misura erano dati dalla sintomatologia depressiva e fobica che presentava al momento della mia valutazione. Ho considerato che il dolore condizionava in modo importante lo stato di salute dell'assicurata e incideva sul suo stato psichico. Alla luce della nuova informazione non posso più mantenere tale affermazione. Ritengo che l'intensità della sintomatologia algica non è così importante, e non ha una incidenza sostanziale sulla funzionalità sociale e lavorativa della stessa. Il fatto che la stessa abbia potuto condurre una vita attiva negli spostamenti, sia nella conduzione di un veicolo a motore sia nelle camminate spedite nei diversi spostamenti a piedi che sono state osservate, i cambiamenti di direzione di diverse parti del corpo e del capo senza manifestare delle posizioni antalgiche o di evitamento del dolore, il fatto di restare in posizione eretta per almeno 4 ore di seguito in diverse occasioni appaiono sufficientemente concludenti per confermare il mio nuovo punto di vista. Pertanto, sebbene reputo che la diagnosi di Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) vada mantenuta, tale entità nosologica non raduna i criteri di Förster e quindi non ha una incidenza sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Inoltre, la quantificazione della sofferenza psicologica data dallo stato depressivo (Episodio depressivo di grado medio ICD 10 F 32.1) e della Sintomatologia Fobica (Fobia specifica ICD 10 F 40.2) sembrano anche essi modificate alla luce della nuova informazione ricevuta. In diverse occasioni l'assicurata è stata trovata sorridente e ben disposta ad entrare in relazione in ambito sociale, è stata evidenziata una continua cura della propria persona e del suo abbigliamento, è stata evidenziata una ricerca della vita sociale attiva (visite ad amici e conoscenti fuori dal suo domicilio). Questi aspetti del comportamento parlano a favore del fatto che la sua sofferenza psicologica non abbia una gravità tale per giustificare un quadro depressivo di grado medio. Pertanto la diagnosi da me posta di Episodio depressivo di grado medio (ICD 10 F 32. 1) senza sindrome biologica va modificato a Episodio depressivo di grado lieve (ICD 10 F 32.00) senza sindrome biologica. La sindrome Fobica (Fobia specifica ICD 10 F 40.2) va mantenuta ma nel complesso, come diagnosi separata dall'intero quadro clinico non ha una importante incidenza sugli aspetti valetudinari dell'assicurata. Riassumendo ritengo che da un punto di vista valetudinario l'assicurata presenti una incapacità lavorativa nella misura del 20% per ogni attività lucrativa medico teorica sia nella sua attività abituale sia in altre attività confacenti; e una incapacità del 10% come casalinga. Determinare con precisione da quando l'assicurata presenta tale incapacità lavorativa mi risulta difficile in quanto non ci sono prove oggettivabili. Ritengo quindi che a partire dal momento in cui è stata eseguita la sorveglianza si possa affermare che siamo davanti ad un miglioramento del quadro clinico complessivo. Le limitazioni funzionali sono stabilite quindi dallo stato di fragilità psichica data da una labilità emotiva, da una fluttuazione dell'umore e da idee fobiche che invadono il campo della coscienza dell'assicurata e che la rendono con una maggiore lentezza, una minore resistenza e caricabilità quando si vede confrontata con un'attività lucrativa o come casalinga. In considerazione di quanto esposto, non condivido il punto di vista della collega Dr.ssa _____ che ha attestato una totale incapacità lavorativa dell'assicurata nel suo rapporto del 15.09.2014. Per quanto riguarda la domanda se si è in presenza di simulazione o aggravamento della fenomenologia che mostra l'assicurata, mi risulta difficile rispondere a questa domanda. Il fatto che sia stato osservato un cambiamento del suo comportamento quando ritornava al proprio domicilio non appare come elemento probatorio per definire che siamo davanti ad una simulazione consapevole oppure se si tratta di un comportamento

che l'assicurata mette in atto in modo inconsapevole e soggettivo in tale circostanza innescando un'attitudine regressiva e passiva." Il consulente in reumatologia Dr. med. _____ risponde in questo modo: " Faccio riferimento alla perizia pluridisciplinare del 18.1.2013 nell'ambito della quale ero stato coinvolto per un consulto di reumatologia. Avevo diagnosticato una sindrome radicolare S1 a destra nell'ambito di una grossa ernia discale. Era in discussione un intervento chirurgico a _____ che poi non è stato realizzato. Ernie discali con sindromi radicolari evolvono favorevolmente nel 95% dei casi dopo 1 anno. Siamo a 2 anni da quella perizia e vi é quindi un'alta probabilità di un'evoluzione favorevole anche senza chirurgia (la regressione completa dei dolori alla schiena e all'arto inferiore nel 95% dei pazienti dopo 1 anno si riferisce sia al trattamento chirurgico che al trattamento conservativo). Ho visualizzato i 2 dischetti realizzati per contro di un'assicurazione nei quali l'assicurata è ripresa nella vita di tutti i giorni. La si vede giocare a golf e in questo ambito si piega in avanti senza alcun problema e esegue un movimento di rotazione del tronco molto importante per colpire la palina. Si vede altresì la paziente guidare la macchina, restare seduta a lungo in un bar ecc.. In nessun momento la paziente mostra i segni di un dolore acuto alla schiena e non mostra alcuna limitazione funzionale. Quanto ho visto in questi filmati contribuisce a rinforzare l'ipotesi di un eccellente decorso della sindrome radicolare di 2 anni fa. In base a quello che mi è stato possibile vedere su questi filmati, l'assicurata dovrebbe essere in grado di lavorare in banca a tempo pieno e con pieno rendimento." Il consulente in neurologia Dr. med. _____ risponde in questo modo: " in merito alla paziente summenzionata ricordo brevemente d'averla vista per una consulenza nell'ambito della vostra perizia pluridisciplinare in data 30.11.2012, ai tempi posi diagnosi di radicolopatia S1 destra su ernia discale L5-S1. Valutai l'attività abituale della paziente nel settore bancario come adeguata al suo stato di salute, valutando una capacità lavorativa del 40% per questa professione. Posi una prognosi incerta, potevo immaginarmi anche una completa scomparsa dei sintomi radicolari per esempio dopo un intervento chirurgico che avrei proposto. Pare che la paziente poi non sia stata sottoposta a nessun intervento neurochirurgico presso la Clinica _____ di _____ o da altre parti. Nel corso degli anni il Dr med. _____ ed il Dr med. _____ determinano un'incapacità lavorativa del 100% come anche la Dr.ssa med. _____. La paziente venne poi messa sotto sorveglianza tra il 28.02.2014 ed il 26.05.2014 con pedinamento, pratica richiesta da un'altra assicurazione. Vedendo questo rapporto di sorveglianza è evidente che nei giorni in cui era sorvegliata la paziente non ha presentato nessuna sintomatologia radicolare, ossia se vi fossero stati dei dolori radicolari, come quelli descritti dalla paziente nel mio ufficio il 30.11.2012, non avrebbe potuto fare le attività come quelle descritte nel rapporto. In tal senso la paziente avrebbe potuto anche svolgere il suo lavoro abituale di bancaria senza limitazioni dal lato neurologico. A mio avviso si può anche dedurre dal rapporto che la scomparsa dei dolori radicolari deve esser presente già da diverso tempo, in quanto la paziente non cerca di evitare dei movimenti che potrebbero scatenare un dolore radicolare, atteggiamento abituale di pazienti con dolori radicolari, visto che non presenta nessun timore a giocare a golf. Riassumendo tenendo conto della documentazione inviata tramite il rapporto di sorveglianza non vi è nessuna evidente incapacità lavorativa dal lato neurologico per il suo lavoro abituale o lavori analoghi." Quesiti posti dall'Ufficio Al In considerazione del materiale d'osservazione e dell'aggiornamento dell'incarto Al qui allegato, le risultanze di cui alla perizia pluridisciplinare del 18.1.2013 trovano conferma? In base alla documentazione iconografica possiamo rispondere con no. In caso di risposta negativa, si prega di indicare:

a) Se ci si trova confrontati con uno stato di salute migliorato, in che cosa consiste il miglioramento e da quando è insorto? Dal momento della sorveglianza o già precedentemente? In base alla documentazione iconografica si constata un miglioramento a livello somatico e psichico, in particolare a riguardo della patologia al rachide lombare e della sintomatologia dolorosa. Non possiamo dire se il miglioramento sia subentrato prima della sorveglianza. b) Nell'eventualità di uno stato di salute invariato, si richiede ai periti di spiegare in modo chiaro ed esaustivo perché lo stato di fatto esaminato in precedenza era erroneo. Che cosa non è stato tenuto in conto? Perché la valutazione si è rilevata non corretta? Decade. c) Si è in presenza di simulazione/aggravamento con significato psicopatologico che porta l'A. ad essere convinta di essere malata oppure l'A. è consapevole degli eventuali vantaggi che può ottenere nel ruolo di malata? Si prega di fornire una risposta motivata. Non siamo in grado di rispondere. d) Si chiede cortesemente infine di ridefinire in dettaglio le limitazioni funzionali e l'inabilità lavorativa in attività abituale e adeguata. L'A. può svolgere l'attività di bancaria, attività simili d'ufficio e attività da leggere a medie. Molto probabilmente l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80% in questo tipo di attività. Quesiti posti dall'A. 1. Nel caso in cui le risultanze di cui alla perizia pluridisciplinare del 18.1.2013 trovassero conferma, spieghino i periti se il quadro clinico della signora permette lo svolgimento di normali attività giornaliere quali recarsi nei negozi a fare delle commissioni, sollevare sporadicamente pesi di ca. 6 kg dall'altezza dei fianchi (come ad esempio una confezione d'acqua di sei bottiglie), guidare l'auto per brevi tragitti di ca. 30-40 minuti, entrare e uscire senza grosse difficoltà dalla vettura _____, effettuare brevi rotazioni del busto e del corpo. Decade. 2. Nel caso di una variazione o peggioramento dello stato di salute, si chiede ai periti di spiegare con precisione in cosa consiste tale variazione o peggioramento. In quale misura tale variazione o peggioramento pone dei limiti funzionali e in quale misura, tenuto conto delle patologie già esistenti, partecipa alla già riscontrata inabilità lavorativa in attività abituale e adeguata. Si chiede inoltre di indicare da quando tale variazione o peggioramento è insorto. Basandoci sul filmato si presume un miglioramento dello stato di salute dell'A., ma non siamo in grado di specificare in modo dettagliato i limiti funzionali. Si presume che il miglioramento sia subentrato al più tardi al momento dell'inizio della sorveglianza. 3 Con riferimento alla domanda c) si chiede ai periti di spiegare con precisione se l'A. sarebbe in grado di simulare le patologie riscontrate, sia quelle legate al suo stato fisico, sia quelle relative al suo stato psicologico. Con riferimento alla domanda "l'A. è consapevole degli eventuali vantaggi che può ottenere nel ruolo di malata" si chiede ai periti di rispondere a tale domanda, posto che ciò sia possibile, unicamente sulla base di dati tecnico-medici e diagnosi strumentali reali e non sulla base di pure considerazioni di valore. Non siamo in grado di rispondere. Per meglio valutare il caso e alla luce della documentazione a nostra disposizione, consigliamo una nuova valutazione peritale, onde valutare lo stato di salute attuale dell'A. sia a livello somatico, sia a livello psichico. (...)" (doc. AI 106/379-385) Sempre gli stessi periti del SAM – interpellati dall'Ufficio AI (doc. AI 113/410) e avuto riguardo all'ulteriore documentazione medica prodotta con lo scritto del 13 febbraio 2015 dell'avv. _____ (cfr. doc. 108/397-404) –, nel complemento del 30 aprile 2015 (doc. AI 116/413-420) hanno confermato la necessità di una nuova valutazione: "(...) In conclusione, alla luce dei nuovi atti e per valutare se sia subentrato un peggioramento, consigliamo di sottoporre la signora RI 1 a una nuova perizia pluridisciplinare di decorso. (...)" (doc. AI 116/414). Dalla perizia pluridisciplinare di decorso del SAM del 16 dicembre 2015 (doc. AI 146/488-580), risulta che i periti hanno fatto capo a quattro consultazioni specialistiche esterne, di natura

psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e neuropsicologica (dr. _____). Elencati gli atti, descritte l'anamnesi e le constatazioni obiettive, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente (nei giorni 2, 7, 11 e 22 settembre nonché il 12 e 17 ottobre 2015) presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Distimia (ICD-10 F 34.1). Sindrome lombospondilogenica cronica con/su: - grossa ernia discale L5-S1 recessale a ds. con compressione della radice S1 a ds., - dimensioni dell'ernia sopraccitata invariate (MRI dell'11.12.2014), - radicolopatia S1 a ds. algica residuale non deficitaria, - incipiente spondilartrosi e sovraccarico dell'articolazione intervertebrale L4-L5, L5-S1, - discopatia L4-L5 con fissurazione dell'anulo fibroso, - periartropatia dell'anca ds. Sindrome cervicospondilogenica cronica con/su: - importanti esiti da distrofia di crescita di morbo di Scheuermann, - piccola ernia discale recessale a sin. Th9-10 e Th11-12, - minime alterazioni degenerative cervicali, - lieve ipercifosi dorsale. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Fobia specifica (isolata, ICD-10 F 40.2). Pregressa ablazione a livello cardiaco (19.5.2004): - a causa di tachicardia sopraventricolare Pregressa colica renale ds. (2007). (...)" (doc. AI 146/509-510) Visti tutti gli atti medici raccolti – evidenziato che "(...) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM e tra la Dr.ssa med. _____, il Dr. med. _____ e il Dr. mad. _____ in data 15.12.2015 alle ore 13:45, tramite teleconferenza (...)" (doc. AI 146/510), dopo un'attenta discussione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) L'A presenta una capacità lavorativa come bancaria (impiegata d'ufficio) del 70%. (...)" (doc. AI 146/519) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione nonché così risposto alle domande poste: " (...) 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? Dal punto di vista somatico la limitazione della capacità lavorativa è dovuta al fatto che l'A. necessita di brevi pause per cambiare posizione e sgranchirsi; mostra una minore velocità d'esecuzione dovuta alla necessità di un adattamento ergonomico del posto di lavoro con possibilità di lavorare in piedi e seduta; è pure dovuta ad una minor velocità negli spostamenti a piedi e nella manipolazione di oggetti su scaffali particolarmente attorno e sopra l'orizzontale. In attività mediamente pesanti l'A. è limitata in movimenti di flessione ed estensione o rotazione del tronco come pure in lavori attorno e sopra l'orizzontale. Dal punto di vista psichiatrico l'A. è ridotta nella caricabilità psicofisica, lievemente depressa, facile alla stanchezza, bisognosa di tempi maggiori per gestire gli impegni, lievemente meno efficiente. L'incapacità lavorativa d'ordine psichiatrico non va sommata a quella somatica (entrambi i consulenti reumatologo e neurologico prendono in considerazione la stessa patologia al rachide) in quanto tutti i consulenti prendono in considerazione il dolore cronico e le sue implicazioni cliniche. 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 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. Presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto (60%) [N.B. ndr. recte 70%, come indicato all'Ufficio AI nella precisazione del 7 gennaio 2016 (cfr. doc. AI 147/581 e 148/582)]. 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il

rendimento è pieno. Decade. 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Dal maggio 2014 (ultimi filmati della sorveglianza). 9

CONSEGUENZE 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) Deve trattarsi di un'attività rispettosa dei limiti descritti precedentemente. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. 70%. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza tutto il giorno, ma con rendimento ridotto (60%) [N.B. ndr. recte 70%, come indicato all'Ufficio AI nella precisazione del 7 gennaio 2016 (cfr. doc.AI 147/581 e 148/582)]. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Decade. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 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? Da maggio 2014 come discusso precedentemente. 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 90% [N.B. , ndr., nella precisazione del 7 gennaio 2016 i periti del SAM hanno indicato che "(...) a riguardo della domanda no. 2 rispondiamo che l'A. è abile al lavoro nella misura del 70% come casalinga, come valutato dal nostro consulente in neurologia. (...)]" (doc. AI 148/582)]. 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? Bisogna tener conto dei limiti funzionali descritti precedentemente. 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. Vi è stato un miglioramento. Si consiglia un riallenamento progressivo al lavoro essendo l'A. lontana dal mondo lavorativo da alcuni anni. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A.

9.3.1 Adeguatazza della terapia attuale, esigibilità di una terapia adeguata secondo le linee guida? Si consiglia di modificare la terapia psicofarmacologica e procedere ad una riabilitazione dal punto di vista reumatologico. 9.3.2 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Non è da prevedere nessun miglioramento. 9.3.3 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

10.1 Altri quesiti del medico SMR (punto 12 nell'incarico della perizia). • Con riferimento al vostro precedente reperto peritale nonché ai vostri scritti del 5.2.2015 e del 30.4.2015 sono intervenuti dei cambiamenti oggettivi dello stato di salute? Sì! Vi è stato un miglioramento rispetto alla perizia SAM redatta il 18.1.2013. • In caso affermativo quale andamento hanno avuto nel tempo i cambiamenti della capacità di lavoro? Si prega di fornire una risposta motivata? Vi

è stato un miglioramento progressivo. Non possiamo dare un giudizio preciso sull'evoluzione della sintomatologia. • Possiamo attualmente escludere un'amplificazione dei sintomi in sede peritale? Non possiamo escluderlo completamente. • Lo stato di salute attuale è congruo con gli esiti funzionali della sorveglianza fatta tra il 28.2 ed il 26.5.2014? Oppure sono intervenuti dei limiti oggettivi che attualmente renderebbero impossibile quei tipi di attività fisiche? Sì! 10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. • Con riferimento al quesito 9.1 (da 9.1. A 9.1.3), riferito alla capacità di lavoro dell'A. nell'attività abituale: dicano i periti se i medicinali regolarmente assunti dall'A. secondo la posologia indicata dal Dr. med. _____ (cfr. doc. SS e UU) possono influire concretamente sulla capacità di concentrazione e rendimento della stessa. In caso di risposta affermativa, precisare in quale misura e le possibili conseguenze (quesito indicato con il n. 13 dal legale dell'A.). E' possibile che i farmaci assunti dall'A. possano influire sulla capacità di concentrazione e rendimento, sebbene dalla valutazione neuropsicologica non emergano elementi compatibili con una diminuzione della concentrazione. Ne abbiamo tenuto conto nella valutazione della diminuzione del rendimento. • Con riferimento al quesito 9.2 (da 9.2.1 a 9.2.4), riferito alla capacità di lavoro dell'A. in un'attività adeguata: dicano i periti se i medicinali regolarmente assunti dall'A. secondo la posologia indicata dal Dr. med. _____ (cfr. doc: SS e UU) possono influire concretamente sulla capacità di concentrazione e rendimento della stessa. In caso di risposta affermativa, precisare in quale misura e le possibili conseguenze (quesito indicato con il n. 14 dal legale dell'A.). E' possibile (si veda la risposta al precedente punto). • Con riferimento al quesito n. 12, primo paragrafo, sulla base della seguente documentazione: b. documentazione completa trasmessa dall'Avv. _____ in data 8.10.2014 e 13.2.2015 (in particolar modo: rapporti medici di data 15.9.2014 e 12.2.2015 Dr.ssa med. _____; plico referti medici MRI di data 9.8.2012; 27.9.2012; 24.7.2014 e 11.12.2014 del Dr. med. _____, specialista FMH radiologia; referti medici di data 21.10.2014, 7.1.2015 e di data 25.2.2015 del Dr. med. _____, specialista FMH radiologia; rapporti medici di data 15.11.2014 e 25.1.2015 del Dr. med. _____, specialista FMH neurochirurgia; rapporti medici di data 28.1.2015 del Dr. med. _____, specialista FMH medicina interna; certificato 18.9.2014 del Dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, e dichiarazioni); dicano i periti se l'attuale stato di salute dell'A. corrisponde a quanto riscontrato con perizia pluridisciplinare di data 18.1.2013. Se sono intervenuti dei cambiamenti oggettivi dello stato di salute dell'A. (miglioramenti o peggioramenti), precisare il momento, il contesto in cui sono avvenuti e la loro portata sulla capacità di lavoro in attività abituale ed adeguata (quesito indicato con il n. 15 dal legale dell'A.). Vi è stato un miglioramento rispetto alla perizia redatta il 18.1.2013. Il miglioramento è avvenuto in modo progressivo e possiamo farlo risalire al maggio 2014 (facciamo riferimento ai filmati di sorveglianza). • Con riferimento al precedente quesito n. 15 formulato dallo scrivente legale, dicano i periti se è possibile affermare che la sindrome radicolare sia scomparsa. In caso contrario, dicano i periti se ad oggi vi sono stati dei peggioramenti, specificando quali, la loro entità e la loro portata sulla capacità di lavoro dell'A. [ndr. recte: in attività] abituale ed adeguata (quesito indicato con il n. 16 dal legale dell'A.). La sindrome radicolare è regredita e migliorata. La componente irritativa è regredita. Periste un dolore nel territorio della radice S1 che può essere legato al danno che la radice ha subito. La componente infiammatoria con relativa secrezione di citochine provoca i dolori. • Con riferimento ai quesiti n. 15 e n. 16 formulati dallo scrivente legale, dicano i periti se, dal profilo psichico, sono intervenuti dei miglioramenti. In

particolare modo, con riferimento alla sindrome somatoforme, dicano i periti quale intensità ed impatto può avere la sintomatologia algica sulla capacità lavorativa dell'A. in attività abituale ed adeguata, precisando i limiti funzionali che ne derivano. Con riferimento alla sindrome depressiva di grado medio riscontrata dal Dr. med. _____ in data 4.12.2012 (cfr. perizia pluridisciplinare 18.1.2013) ed in data 5.2.2015 (pag. 3), descrivano i periti l'evoluzione avuta da gennaio 2013 ad oggi, rispettivamente se la malattia è peggiorata (quesito indicato con il n. 17 dal legale dell'A.). Dal lato psichiatrico il quadro attuale è di qualità depressiva lieve con limitate ricadute sulla capacità lavorativa. Non vi è stato nessun peggioramento, ma un miglioramento rispetto al gennaio 2013. Possiamo farlo risalire al maggio 2014 (filmati di sorveglianza). • Con riferimento al quesito n. 12, quarto paragrafo, dicano i periti, una volta esaminati i documenti RR-VV, in particolare documenti SS, TT e VV; se lo stato attuale di salute dell'A. è congruo con le attività riscontrate in data 28.2.2014 e 26.5.2014 (quesito indicato con il n. 18 dal legale dell'A.). Sì! • Con riferimento all'anamnesi dell'A., alla luce: a. dell'insieme della documentazione medica già agli atti e nuova documentazione medica (plico documenti RR); b. dei dati e referti medici perfettamente oggettivabili, già agli atti (cfr. varie MRI); c. dei nuovi documenti prodotti (documenti da SS a UU); d. delle molteplici dichiarazioni inviate dallo scrivente legale nel corso degli scorsi mesi all'Ufficio AI, oggi in possesso del SAM (documenti C-QQ) e nuove dichiarazioni (plico documenti VV); e. della perizia pluridisciplinare di data 18.1.2013 ed ogni altra dopo tale data, nonché dell'evoluzione generale del quadro clinico dell'A., dicano i periti se, ad oggi è possibile affermare che l'A. abbia simulato le patologie a lei riscontrate (quesito indicato con il n. 19 dal legale dell'A.). • Spieghino i periti come l'estrema cura della persona, già riscontrata in occasione della perizia pluridisciplinare di data 18.1.2013 (cfr. perizia pluridisciplinare di data 18.1.2013, pag. 18 e pag. 3 rapporto Dr. med. _____, di data 4.12.2012), possa modificare od avere influenza sulla valutazione dell'entità della sindrome depressiva sofferta dall'A. (quesito indicato con il n. 20 dal legale dell'A.). L'espressività depressiva è differente qualitativamente nei contenuti. Alcuni soggetti depressi appaiono apatici, anedonici, arresi, appiattiti, altri disforici, reattivi. Nel complesso, però, un soggetto detto depresso tende ad avere difficoltà ad occuparsi dell'igiene personale, a maggior ragione della cura estetica della persona. (...) (doc. AI 146/519-525) I periti del SAM – interpellati dall'Ufficio AI (cfr. lo scritto del 12 luglio 2016 sub doc. AI 181/662 che rinvia alla nuova documentazione medica prodotta, alle osservazioni 31 marzo 2016 dell'avv. _____ sub doc. AI 167/626-633, 170/638-640 e 171/642-645 e all'annotazione 7 luglio 2016 del medici SMR dr. _____ e dr. _____ sub doc. AI 177/654-656; e quello del 6 settembre 2016 sub doc. AI 187/669 con allegati la lettera 2 settembre 2016 dell'avv. _____ sub. doc. AI 186/668 e il rapporto 25 luglio 2016 del dr. _____ sub doc. AI 182/663-664) – , nel complemento del 26 settembre 2016 (doc. AI 188/670-695) si sono così espressi: " (...) Il Dr. med. _____ e il Dr. med. _____ chiedono alla psichiatra consulente di prendere posizione sulle osservazioni in grassetto e inoltre di sottoporle la documentazione della sorveglianza, il certificato della Dr.ssa med. _____ del 20.4.2016 (specialista FMH psichiatria e psicoterapia; pag. 631-632), il rapporto del Dr. med. _____ del 27.8.2014 (specialista FMH psichiatria e psicoterapia; pag. 752-754). Leggendo quest'ultimo documento si evince che è stato redatto in base agli atti e senza visitare l'A. Inoltre si chiede di sottoporre ai periti somatici medici i rapporti diagnostici e radiologici del Dr. med. _____ del 2.11.2015 (due documenti, del 27.1.2016 e 11.5.2016; specialista FMH radiologia medica). Nel dossier abbiamo altresì trovato un rapporto della

Dr.ssa med. _____ del 2.6.2016 (capo servizio di reumatologia, Ospedale _____ di _____); pone la diagnosi di spondilartrite psoriatica. Sempre nel dossier abbiamo trovato il rapporto radiologico del Dr. med. _____ dell'11.5.2016 riguardante una MRI della colonna e delle sacroiliache secondo il protocollo Bechterew. Dopo nostra richiesta, l'Ufficio AI ci ha pregato di prendere in considerazione anche questi ultimi documenti medici. Da ultimo ci è stato inviato il rapporto del Dr. med. _____ del 25.7.2016 (specialista FMH medicina interna, reumatologia e medicina manuale), ricevuto il 7.9.2016. Conferma la diagnosi di spondilartrite psoriatica e discute sul trattamento. [...] Per rispondere alle varie domande abbiamo sottoposto il filmato di sorveglianza a tutti i consulenti e i rapporti psichiatrici alla consulente in psichiatria e quelli somatici ai consulenti in reumatologia e neurologia (i vari documenti sono sopraccitati). La consulente in psichiatria Dr.ssa med. _____ ha riposto in questo modo e in particolare sulle osservazioni in grassetto dei medici del Servizio Medico Regionale. "Sono la presente a rispondere alla Vostra richiesta di presa di posizione sul caso in oggetto. La stessa segue la lettura dei nuovi atti, la visione del materiale video messo a disposizione e risponde ai quesiti posti dai colleghi del SMR e del collega _____ in data 7.7.2016.

ANNOTAZIONI SMR punto 4 Presa in considerazione di motivi di esclusione quali l'esagerazione dei sintomi e fenomeni simili nonché della loro entità Non evidenziati aspetti di esagerazione dal punto di vista psichiatrico. 8 Indicazioni dettagliate in merito ai disturbi e alle risorse personali esistenti (nessuna riflessione sulle risorse e chiarire bene i fondamenti della diagnosi di distimia) [...] L'analisi della storia dell'A conferma la presenza da un periodo medio-lungo (superiore a due anni) di un tono depresso, quasi tutti i giorni e quasi tutto il giorno. Lo stesso, come dimostrano le immagini video, tra l'altro, non è tale da impedire la gestione del quotidiano, piuttosto lascia poveri di entusiasmo, spinta, gioia. Le risorse personali del soggetto appaiono affaticate dal vissuto cronico depressivo ma la qualità lieve dello stesso non le inficia in maniera rilevante. La signora come mostrato nel video, può occuparsi di sé, della casa, delle spese, dei rapporti sociali, dei suoi hobbies: direi che si può concludere che le risorse sono magari a tratti affaticate ma presenti e richiamabili. Diagnosi: punto 1 La _____ nel rapporto del 20.4.16 ribadisce appoggiandosi al test di Foderaro un giudizio diverso rispetto alla ricorrenza depressiva e la gravità dei sintomi somatoformi, prendere posizione _____ Preciso che il test di _____ non entra nel merito dell'andamento life time dei quadri ma sul qui ed ora quindi non può essere usato per confermare una ricorrenza che attiene ad una definizione longitudinale ed anamnestica. La signora a domanda precisa riferita all'aver presentato situazioni depressive temporanee e l'aver recuperato il funzionamento e benessere precedente, rispondeva che non era accaduto. Che da uno specifico momento in poi non si era più sentita bene, non aveva mai recuperato un benessere precedente e un'idea di sé simile-uguale al prima. Si può anche dire che gli atti e l'anamnesi non depongono per la presenza di fasi di più rilevante compromissione depressiva che abbiano per esempio necessitato di ricoveri, aumenti sostenuti della farmacoterapia, ecc. Rispetto alla sofferenza somatica, questa non si può negare: è presente fosse anche solo soggettivamente registrata ma, il quadro psichiatrico (diagnosi) non è tale da determinare una ricaduta sulla CL importante anche dell'aspetto somatoforme. C'è peraltro da notare a posteriori, che le immagini video non mostrano di fatto alcun atteggiamento antalgico, né espressioni mimiche di sofferenza. [...]. 2 chiarire perché la sindrome somatoforme si giudica non avere effetti sulla CL poiché i criteri di Foster citati non sono validi. Il perito potrà citarli ma all'interno di una riflessione di più ampio respiro I sintomi dolorosi fisici non si

associano a diagnosi di rilievo dal punto di vista psichiatrico, non si associano a coartazione del quotidiano (vedi video) né a coartazione dei rapporti sociali (vedi video). La storia non cita né dimostra, peggioramenti clinici psichiatrici negli anni. Tali dati anamnestici erano peraltro derivabili dai colloqui con la signora che lamentava un disagio emotivo e sofferenza fisica ma non denunciava chiusura sociale né coartazione dei rapporti e affettiva. Non si registrava un peggioramento clinico psichiatrico nel corso degli anni, anzi rispetto alle posizioni della curante psichiatra, si poteva arrivare a ipotizzare un miglioramento stante l'assenza di un episodio maggiore depressivo e l'impressione clinico-diagnostica di una sindrome depressiva di minore qualità espressiva. Nella migliore delle ipotesi (ammesso un mio errore diagnostico che non mi pare di poter confermare), la signora affetta da un supposto quadro depressivo ricorrente, viveva nel momento dei colloqui peritali una fase di recupero, intercritica. Ma la signora si descriveva al momento delle visite, ancora depressa: riferiva soggettivamente di viversi gravemente depressa ma oggettivamente ella appariva lievemente depressa. Altri sintomi e criteri per un disturbo depressivo maggiore in atto, soprattutto di qualità medio-grave, non si rintracciavano al momento delle visite né francamente nei fatti precedenti. Non manifestava coartazione affettiva, non presentava sentimenti di colpa, non presentava gravi alterazioni rispetto ai pasti e/o al peso. Come si evince anche dai video, di fatto si descriveva in contatto con l'esterno, discretamente ingaggiata nei rapporti umani e sociali. Tutto ciò mi induce a ritenere (confermata dai video peraltro cosa di cui potevo far senza) che i disturbi denunciati soggettivamente, oggettivamente producono una limitazione molto relativa nelle funzioni varie del quotidiano dell'A. coerenza punto 1 Valutazione approfondita e critica delle discrepanze tra i sintomi descritti e il comportamento mostrato durante la visita anche alla luce delle osservazioni dei periti delle diverse specialità mediche e della coerenza della documentazione disponibile e delle attività quotidiane Io non trovo "discrepanze" trovo che la signora si registra più compromessa e sofferente soggettivamente rispetto a come appare oggettivamente. I vissuti soggettivi non sono "esagerazioni" ma modi di percepirsi e in virtù di ciò non necessariamente oggettivi. Sia quanto osservato nelle visite, sia nel complesso quanto descritto rispetto ad oggettivi limiti, sia la visione del video, confermano un quadro di malessere pure plausibile ma di lieve entità. In virtù di ciò non è ammissibile una elevata percentuale di IL. Mi pare che i dati somatici non spieghino tutti i sintomi dolorosi e i limiti denunciati dall'A ma ciò non può tradursi tout court nella presenza di una sindrome da dolore cronico che deve sostenere tutto il peso delle limitazioni della CL dell'A da riconoscerle. 2 Esame particolareggiato e critico delle ripercussioni dell'IL al lavoro fatta valere su tutti gli ambiti di vita paragonabili (professionali, attività remunerata, economia domestica, tempo libero, attività sociali) Dopo attenta visione del video confermo le mie impressioni peritali e le conclusioni anche per quanto già sottolineato nella presente in precedenza. Alla luce di quanto registrato nelle mie visite e dei video messi a disposizione, non posso che confermare l'assenza oggettiva di aspetti psichiatrici che sostengano una diversa diagnosi e una diversa valutazione della sua CL. Mi pare che soprattutto alla luce del video, non si può che confermare l'esistenza di una lieve forma morbosa psichiatrica, che la stessa produce una limitata percentuale di IL per tutte le attività lavorativa teoricamente esigibili. Capacità lavorativa punto 1 Capacità lavorativa nell'attività svolta fino ad ora va meglio chiarita l'evoluzione della CL nel tempo da Jaime ad oggi: miglioramento o diverso apprezzamento del medesimo status alla luce delle informazioni della sorveglianza? In caso di miglioramento si può far risalire alla data dei filmati? [...] Rispetto alla posizione di _____, da lui peraltro riveduta e corretta dopo visione del

video, confermo di avere l'impressione che si sia trattato di una diversa valutazione di un medesimo o molto simile quadro rispetto a quello da me descritto. A conferma di ciò il fatto che la visione del video non cambia la mia impressione clinica e le conclusioni diversamente da altri colleghi. 2 Capacità lavorativa in attività adeguata idem visionare video, riassumerlo e concludere Il video mostra una donna attiva, impegnata in maniera autonoma in diverse attività del quotidiano. Nessun comportamento e/o atteggiamento antalgico. In diverse occasioni ella effettua sollevamento di pesi senza apparire in difficoltà. Si mostra ingaggiata in diversi rapporti sociali e si ingaggia in momenti di socializzazione in cui condivide l'attività del golf, tirando anche senza mostrarsi dolente o dolorabile allo sforzo. Non esistono basi oggettive per cui modificare la diagnosi posta, né la ripercussione della stessa sulla CL dell'A." Il Dr. med. _____ ha riposto in questo modo (ha preso posizione anche sul nuovo rapporto medico del Dr. med. _____). "[...] Inizio con le osservazioni dell'avvocato di parte. Al punto 10 l'avvocato afferma "il Dr. _____ ritiene che radiologicamente le dimensioni dell'ernia siano rimaste invariate. Si ricorda che le protrusioni erniali erano già presenti a 6/2010. Contrariamente a quanto dichiarato dal Dr. _____ l'ernia discale non era fresca nel 2013, era già presente tanto è vero che il primario di radiologia di _____ aveva sottoposto l'assicurata a 2 infiltrazioni". Personalmente trovo poco ragionevole che un avvocato (non un medico), leggendo gli atti redatti da un medico, contraddica osservazioni di uno specialista che ha analizzato in dettaglio la IRM del 16.6.2010, quella del 4.11.2011, quella del 30.5.2012, quella del 9.8.2012, quella del 27.9.2012 e quella dell'11.12.2014. Nelle mie valutazioni è descritta in dettaglio l'evoluzione dell'ernia. Per ernia si intende uno spostamento del contenuto del disco con oltre i suoi limiti. Le variazioni delle dimensioni dell'ernia nel 2013 erano tali da poter parlare di ernia "fresca", cioè di una nuova lesione del disco con fuoriuscita di più materiale rispetto alle immagini precedenti. Questo non esclude (anzi è riportato nelle mie descrizioni delle immagini) che anche in precedenza vi fosse un'ernia ma di dimensioni molto più piccole. Questo è molto importante perché vi sono diversi studi che mostrano come un'ernia sia sintomatica soprattutto quando è "fresca". Dopo 3 mesi oltre il 50% dei pazienti è guarito e dopo 6 mesi quasi il 90% dei pazienti è guarito. In una parte di questi pazienti guariti la IRM mostra una regressione delle dimensioni dell'ernia ma una parte di questi pazienti non ha più alcun sintomo clinico pur avendo alla IRM un'ernia di dimensioni identiche. Se vi fossero ulteriori problemi nell'interpretare alcuni atti medici, sarei senz'altro a disposizione per qualunque ulteriore spiegazione. Nel paragrafo seguente l'avvocato _____ riferisce che il Dr. _____ e il Dr. _____ non prendono in considerazione circostanze già presenti prima della decisione AI del 14.8.2013. Queste fungono da punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità. Tenendo conto di quanto esposto prima e cioè del fatto che dopo 1 anno il 95% dei pazienti con ernia discale guarisce e questo indipendentemente dal decorso radiologico dell'ernia discale, si può parlare di un miglioramento della situazione della paziente come abbiamo fatto. Le immagini che abbiamo visionato in cui la paziente gioca a golf e svolge tutte le attività della vita di tutti i giorni senza mostrare alcuna limitazione riguardo alla schiena, sostengono molto fortemente questa valutazione. Vi è dunque stato un miglioramento della situazione per quanto riguarda l'ernia discale. Si parla poi di continue contraddizioni. Nel 2013 affermavo l'utilità di un intervento di decompressione mentre nel 2015 ritenevo questo intervento non più necessario. Il miglior studio sulla storia naturale dell'ernia discale pubblicato sul New England Journal of Medicine nel 2007 ha mostrato che il decorso naturale di un'ernia discale dopo 1 anno è

equivalente a quello di una decompressione chirurgica. Anche l'estensione dello studio a 2 anni ha mostrato che dopo 2 anni i pazienti non operati e i pazienti operati hanno le stesse possibilità di guarigione e cioè oltre il 95%. Sta dunque al medico e al paziente valutare di volta in volta quale trattamento scegliere. Se in certe situazioni (ben dettagliate e cioè: radicolopatia iperalgica, persistenza dei dolori oltre 12 settimane nonostante trattamento conservativo ottimale, deficit neurologici) è raccomandabile un trattamento chirurgico, qualora si decida comunque di rinunciare al trattamento chirurgico, vi è una possibilità di guarigione del 95% dopo 1 anno. Se vuole aspettare il paziente deve essere disposto a sopportare più a lungo i dolori. Non vi è dunque alcuna contraddizione nel dire ad un certo punto della storia di un'ernia discale che un intervento di decompressione sarebbe la miglior scelta. Anche scegliendo diversamente tuttavia si ha una possibilità oltre il 95% di andare incontro a un miglioramento del tutto soddisfacente. [...] Verso la fine del paragrafo si afferma che "nonostante la cronicità il Dr. _____ ritiene che lo stato di salute dell'assicurata non sia né peggiorato né invariato". Al punto 11 della mia valutazione affermo invece che rispetto alla perizia del 18.1.2013 la situazione è migliorata. Questo non contraddice la questione della cronicità. Per quanto riguarda la schiena si parla di cronicità quando i disturbi soggettivi della paziente superano i 3 mesi. La paziente ha sviluppato una sindrome da dolore cronico e questi dolori sono presenti da oltre 3 mesi. La paziente rientra dunque pienamente nella definizione di cronicità ma è migliorata per quanto riguarda la sindrome radicolare. Tutto quanto precede è spiegato a mio avviso in modo piuttosto esaustivo a pagina 4 del mio consulto dell'8.9.2015. Spero che le attuali precisazioni possano portare ulteriore chiarezza a riguardo. Per quanto riguarda la nuova valutazione della Dott.ssa _____ del 2.6.2016, la diagnosi di spondiloartrite psoriatca è nuova. In base alle nuove immagini, all'anamnesi di psoriasi e all'anamnesi familiare di psoriasi, questa ipotesi di lavoro ha buone possibilità di essere corretta. È utile tuttavia rilevare che le spondiloartriti sono oggi verosimilmente sovradagnostiche alla IRM. Dal mio punto di vista questa nuova diagnosi rende necessaria una nuova perizia almeno per quanto riguarda gli aspetti reumatologici." Presa di posizione del 7.9.2016 "Caro _____ La lettera del dr. _____ conferma la nuova diagnosi di spondiloartrite assiale associata a psoriasi. Si tratta di una diagnosi nuova che non è stata considerata in passato per la valutazione della capacità lavorativa. È necessario rivalutare la situazione almeno da un punto di vista reumatologico." Il Dr. med. _____ ha risposto in questo modo. Presa di posizione del 29.7.2016 "[...] Riguardando anche la mia consulenza di settembre 2015 nonché la perizia pluridisciplinare datata 16.12.2015 non vedo nessuna incongruenza tra il mio scritto e quello del Dr. med. _____, ossia non vedo nessuna delle "innumerevoli" contraddizioni o discrepanze descritte dall'avvocata _____ . [...]. In ogni caso nel mio rapporto di settembre 2015 avevo comunque preso in considerazione anche i rapporti e gli atti medici del Dr. med. _____ e del Dr. med. _____ (vedi pagina 2 del mio rapporto). In seguito comunque, alla mia visita di settembre 2015 vi è stato un chiaro miglioramento della problematica S1 destra, tra l'altro anche molto ben documentato dalla nuova RM di maggio 2016 dove il radiologo descrive che non vi è più un evidente conflitto con la radice S1 destra. Questo aspetto sottolinea ulteriormente il risultato della mia visita di settembre 2015 che vi sia effettivamente stata una evoluzione molto favorevole della problematica S1 destra, ribadisco quindi che dal lato neurologico la paziente può svolgere il suo lavoro abituale a tempo pieno con rendimento ridotto al 30% con inabilità lavorativa del 30% anche per le mansioni casalinghe." Presa di posizione del 23.8.2016 "[...] ho visionato i filmati e la MRI dell'assicurata summenzionata, da parte mia confermo la mia precedente

valutazione del 29.07.2016." In conclusione la nostra consulente in psichiatria Dr.ssa med. _____ risponde in particolare alle osservazioni dei medici del Servizio Medico Regionale. Conclude che non esistono basi oggettive per cui modificare la diagnosi posta e neppure la ripercussione della stessa sulla capacità lavorativa dell'A. Il Dr. med. _____ conferma la valutazione espressa nell'ambito della seconda perizia SAM. A riguardo della valutazione della Dr.ssa med. _____ del 2.6.2016, fa notare che è stata posta una nuova diagnosi, cioè quella di spondilartrite psoriatica. A causa di questa nuova diagnosi, secondo lui è necessaria una nuova perizia almeno per quanto riguarda gli aspetti reumatologici. Il Dr. med. _____, conferma la sua valutazione espressa nell'ambito della seconda perizia SAM. In conclusione, rispetto alla seconda perizia SAM del 16.12.2015, è stata posta una nuova diagnosi (spondilartrite psoriatica) e per questo motivo si consiglia una nuova rivalutazione tenendo conto di questo nuovo aspetto. (...)" (doc. AI 188/670-680) Il 6 dicembre 2016 – dopo un nutrito scambio epistolare con l'avv. _____ (cfr. doc. AI 190/698, 191/699-703, 194/706-707, 195/708, 196/709, 197/710-717; vedi anche la nota per gli atti del 2 dicembre 2016 sub. doc. AI 199/727) – l'Ufficio AI ha quindi ordinato una nuova perizia medica pluridisciplinare di decorso (doc. AI 202/737-738). L'amministrazione, il 5 gennaio 2017 (doc. AI 207/751) e l'11 maggio 2017 (doc. AI 216/775), ha trasmesso al SAM il rapporto medico 16 dicembre 2016 del dr. _____ con allegati (doc. AI 206/742-750) e quelli del 21 febbraio 2017 della dr.ssa _____ con la nota per gli atti dell'11 maggio 2017 (doc. AI 213/763-768, 215/770-774 e 217/776). Dalla perizia pluridisciplinare di decorso del SAM del 9 agosto 2017 (doc. AI 221/781-580-985), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa _____), neurologica (dr.ssa _____) e reumatologica (dr. _____). Elencati gli atti (cfr. doc. AI 221/782-835), descritte l'anamnesi (cfr. doc. AI 221/836-846) e le constatazioni obiettive (cfr. doc. AI 221/847-853), sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente (nei giorni 7, 16, 17 e 24 febbraio nonché il 2 e 14 marzo 2017) presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo dell'adattamento (ICD-10 F 43.2). Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Sindrome panvertebrale soprattutto toraco-lombo spondilogeno a ds. su alterazioni statiche della colonna con scoliosi destro-convessa e ipercifosi toracale: - stato dopo morbo di Scheuermann toracale nonché presenza di ernie discali a livello Th8-Th9, Th9-Th10, Th11-Th12; - discopatia plurisegmentale lombare con interessamento del segmento L4-L5 e soprattutto L5-S1 con ernia discale medio-laterale ds. lussata con minima indentazione sulla radice di S1 ds.; Poco probabile spondilartropatia sieronegativa con antigene HLA-B27 negativo e anamnesticamente psoriasi al cuoio capelluto e cutanea nell'età giovanile. Fibromialgia di tipo primario nell'ambito di patologia psichiatrica. Radicolopatia S1 ds. algica, non deficitaria, cronicizzata: - discopatia L5-S1 con componente di ernia paramediana ds. ad andamento fluttuante e attualmente in miglioramento. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Distimia (ICD-10 F34.1). Fobia specifica (isolata- procedure mediche invasive) (ICD-10 F40.232). Periartrite omero-scapolare tendinopatica della spalla sin. con piccola lesione della cuffia dei rotatori. Eemicrania senz'aura catameniale, singolo episodio di emicrania con aura visiva (2010). Insonnia cronica di mantenimento del sonno con fase di sonno posticipata. Soggettivi disturbi attenzionali e della concentrazione, verosimilmente nel contesto di patologia psicoaffettiva, con esame neuropsicologico nella norma. Ipovitaminosi D: - attuale valore di vitamina D 25-OH 7,4 ng/mL Stato da coliche

renali ds. (calcoli di ossalato di calcio in prevalenza): episodio nel 2007 e nel 2017. Episodi recidivanti di herpes periorbitario: - in atto trattamento immunosoppressore dal febbraio 2017 (Humira). Stato dopo ablazione per tachiaritmia nel 2004. Progresso consumo tabagico (3 p/y). (...)" (doc. AI 221/853-854) Visti tutti gli atti medici raccolti – evidenziato che "(...) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM e tra la Dr.ssa med. _____, la dr.ssa med. _____ e il Dr. med. _____ in data 24.7.2017 alle ore 17:15, tramite teleconferenza (...)" (doc. AI 221/855), dopo un'attenta discussione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) Complessivamente l'A. risulta abile al lavoro nella misura del 60% in attività svolta di bancaria e al 70% in attività adatta. (...)" (doc. AI 221/858) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione nonché così risposto alle domande poste: " (...) 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? La capacità lavorativa complessiva del 60% dell'A. in attività abituale di impiegata di banca è dovuta a patologia psichiatrica, neurologica e reumatologica. Dal punto di vista psichiatrico la diminuzione della capacità lavorativa al 30% è determinata da sintomi che correlano con un PTSD (disturbo posttraumatico da stress): un umore deflesso, delle tendenze impulsive, rabbia, uno scarso investimento nelle relazioni interpersonali, preoccupazioni, pessimismo, incapacità a gestire gli stimoli e una scarsa adeguatezza alla prova di realtà e di pensiero consensuale, un quadro di evitamento, iperarousal, che determina anche una ridotta capacità di concentrazione. Persistenti ed esagerate le convinzioni negative relative a sé stessa e all'evoluzione della propria condizione come pure un quadro di insonnia. Associate a tali limitazioni la sintomatologia somatoforme che pervade l'ideazione dell'A. e ne riduce l'efficienza. Dal lato reumatologico la capacità lavorativa del 60% è giustificata in quanto l'A. risulta limitata in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale, soprattutto attività sedentarie, in cui ella debba mantenere per un periodo prolungato per più di un'ora e mezza la posizione seduta cambiando di appoggio. Inoltre l'A. risulta limitata nel mantenere la posizione in piedi cambiando appoggio per un'ora e mezzo. Limitata nel piegarsi ripetutamente con la colonna vertebrale in avanti e nel rialzarsi dalla posizione flessa. Limitata nell'alzare dei pesi ripetutamente sopra i 5 kg e saltuariamente sopra i 7,5-10 kg. Per quel che riguarda l'aspetto fibromialgico da tenere in conto una certa riduzione del rendimento a seguito da una parte della sintomatologia dolorosa cronica e dall'altra della stanchezza come pure delle difficoltà del sonno. Per quel che riguarda la problematica di tipo infiammatorio, nell'ambito di una eventuale ma poco probabile spondiloartropatia sieronegativa, le limitazioni risultano essere minime e integrabili con quelle identificate per quanto riguarda le alterazioni degenerative della colonna lombare descritte in precedenza. Si deve ritenere che un'attività fisica adeguata ed ergonomica eseguita in modo ottimale dovrebbe essere piuttosto favorevole per quel che riguarda lo sviluppo dei dolori di tipo infiammatorio. Da preferire in tal senso un'attività di movimento e poco sedentaria. Dal punto di vista neurologico le patologie riscontrate giustificano una capacità lavorativa del 70%: l'A. a tutt'oggi non presenta un deficit neurologico all'arto inferiore ds. La riduzione della capacità lavorativa è motivata da riduzione del rendimento per necessità di effettuare pause e cambiare postura in presenza di dolore. 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. Complessivamente la capacità lavorativa dell'A. in attività abituale risulta essere del 60%, risultato dell'integrazione delle capacità lavorative neurologica e

reumatologica a quella psichiatrica, in quanto le problematiche somatiche hanno portato allo sviluppo nell'A. della psicopatologia e tutte le patologie creano nell'A. una riduzione del rendimento lavorativo, in quanto tutte prendono in considerazione il sintomo doloroso dell'A.

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. La capacità lavorativa complessiva del 60% è da intendersi come riduzione del rendimento.

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. La capacità lavorativa complessiva del 60% è da intendersi come riduzione del rendimento.

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 vengono conteggiate nella valutazione sopra esposta.

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? La capacità lavorativa complessiva del 60% dell'A. in attività svolta di bancaria è da considerarsi valida a partire dal giugno 2016. Antecedentemente dal settembre 2015 coesiste una capacità lavorativa al 70% dettata da patologia neurologica, dal gennaio 2016 una capacità lavorativa del 70% per problematica psichiatrica, mentre la capacità lavorativa del 60% dal punto di vista reumatologico viene fatta risalire a partire dal giugno 2016. 9

CONSEGUENZE 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) In attività adatta complessivamente l'A. risulta abile al lavoro al 70% per patologia reumatologica, neurologica e psichiatrica. Dal punto di vista psichiatrico si giustifica una capacità lavorativa del 70% per riduzione di rendimento: si ritiene un'attività adatta un'attività da svolgere in ambiti lavorativi con alta tolleranza al rallentamento psicomotorio, alla condizione fisica, alla riduzione di rendimento con facile affaticamento, alla quota di ansia con irritabilità. Dal lato neurologico la capacità lavorativa del 70% in attività adatta è giustificata dal fatto che l'A. deve poter effettuare attività di tipo amministrativo o sedentario-leggere, in cui possa effettuare pause per cambi di postura ogni due ore, beneficiare una postazione lavorativa ergonomica (cuscino lombare o sedia regolabile). Inoltre non può sollevare pesi > 10 kg se non occasionalmente e deve evitare manovre di piegamento, di spinta e tiraggio. Dal lato reumatologico si giustifica una capacità lavorativa dell'80% in attività adatta: i limiti funzionali sono già stati descritti al punto 8.1.1. Inoltre la riduzione della capacità lavorativa del 20% sempre per attività lavorativa adatta è da riferirsi a una riduzione del rendimento per la necessità dell'A. di pause più prolungate.

9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. In attività adeguata la capacità lavorativa complessiva dell'A. risulta essere del 70%, somma parziale delle incapacità lavorative dal lato neurologico e reumatologico a quella dal punto di vista psichiatrico.

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. La capacità lavorativa complessiva del 70% è da intendersi come riduzione del rendimento lavorativo.

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 risposta al punto 9.1.2.1.

9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state

conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Eventuali pause supplementari vengono conteggiate nella valutazione sopra esposta.

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? Anche per quel che riguarda la capacità lavorativa in attività adeguata, essa è da considerarsi valida sempre a partire dal giugno 2016. Per le varie problematiche specialistiche valgono le capacità lavorative con validità già descritte al punto 8.1.3.

9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. In ambito domestico l'A. risulta complessivamente abile nella misura dell'80%, in quanto è in grado di gestire i propri tempi e le proprie risorse. Dal lato neurologico si stimano limitazioni dell'A. in attività di casalinga al 20% per impossibilità di svolgere lavori fisicamente pesanti, come lavare i vetri e sollevare pesi > 10 kg, limitazioni considerate pure dal lato reumatologico.

9.2 Reintegrazione professionale

9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? Provvedimenti professionali volti alla reintegrazione sono medicalmente sostenibili sia dal punto di vista reumatologico, neurologico come pure psichiatrico.

9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Fin da subito.

9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Indispensabile tener conto delle incapacità lavorative dal punto di vista psichiatrico, reumatologico e neurologico, come pure dei vari limiti funzionali ad esse correlati.

9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Se sì, in che misura? I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti in gran parte al quadro clinico stesso presentato e in parte complesso dell'A., nella misura delle capacità lavorative riguardanti le varie problematiche neurologiche, reumatologiche e psichiatriche. Inoltre si ritiene che la lunga assenza da un'attività professionale sia da considerarsi un fattore negativo per un reinserimento dell'A., come pure difficoltà economiche emerse attualmente possono avere una loro incidenza.

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. L'A. veniva valutata con precedente perizia SAM del dicembre 2015 sempre in ambito neurologico, psichiatrico e reumatologico. Dal punto di vista neurologico si constata uno stato clinico invariato, con persistente capacità lavorativa del 70% in attività svolta e in attività adatta. Si ritengono possibili provvedimenti di integrazione professionale, anche se un inserimento lavorativo progressivo è raccomandabile con aiuto al collocamento. Per quel che riguarda le patologie reumatologiche si giustifica una capacità lavorativa attualmente del 60% (nel dicembre 2015 la capacità lavorativa dal punto di vista reumatologico risultava essere giustificata al 70%) in attività da ultimo svolta, considerato anche il fatto di insorgenza di quadro fibromialgico. Dal punto di vista psichiatrico rispetto all'ultimo consulto peritale (perizia SAM del dicembre 2015 con valutazione da parte della Dr.ssa med. _____ del 24.10.2015), si constata un peggioramento in quanto nel quadro depressivo cronico del tono dell'umore, quadro durevole da almeno alcuni anni, si è innescato un disturbo dell'adattamento con sviluppo di sintomi emotivi e comportamentali, il tutto in risposta al cumulo di più eventi stressanti, tra i quali l'essere stata sottoposta a sorveglianza, le proprie conseguenze economiche, le malattie oncologiche del compagno, le proprie problematiche fisiche. Inoltre la terapia psicofarmacologica assunta è sempre rimasta a basso dosaggio senza cambi terapeutici alla ricerca di un farmaco efficace con impatto positivo sull'evoluzione della problematica affettiva.

9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A.

9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel

corso degli anni? Nel corso degli anni l'A. sembra aver dimostrato una buona aderenza terapeutica, attualmente però i vari tassi farmacologici eseguiti mostrano dei range sottoterapeutici per tutti gli psicofarmaci.

9.3.2 Adeguatezza della terapia attuale secondo le linee guida? Eventuali proposte terapeutiche? Per quel che riguarda il quadro psicopatologico sussistono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute dell'A.: indicata una psicoterapia EMDR anche indirizzata sul dolore cronico, applicando il protocollo Grant. Dal lato psicofarmacologico si ritiene indicato un trattamento con Sertralina, antidepressivo ritenuto il più efficace in caso di disturbo da stress posttraumatico. Controindicata la prescrizione di benzodiazepine, in quanto inefficaci, creano dipendenza e hanno effetti negativi sulla memoria e concentrazione, interferiscono sui processi di desensibilizzazione e rielaborazione dei ricordi traumatici, rallentando il processo di guarigione del trauma psichico. Molto meglio per i sintomi presenti nell'A., tra cui la disforia e l'insonnia, un neurolettico atipico a basso dosaggio o comunque al minimo dosaggio efficace (ad esempio Quietapina, Olanzapina). Dal lato neurologico un calo ponderale ed una riabilitazione intensiva sarebbero sicuramente utili nell'A. per ridurre le conseguenze del decondizionamento muscolare. Si potrebbe inoltre ricorrere a titolo terapeutico ad ulteriori infiltrazioni periradicolarari S1 a ds. L'eventuale impianto di uno stimolatore dei gangli dorsali potrebbe essere considerato utile per curare il dolore radicolare neuropatico, ma non avrebbe alcuna influenza sulla componente del dolore lombare di pertinenza reumatologica. Da ultimo le patologie reumatologiche sono caratterizzate da un quadro fibromialgico e da un quadro in primis degenerativo a carico della colonna lombare: se la diagnosi di spondilartropatia sieronegativa dovesse essere effettivamente confermata dall'evoluzione di questa malattia e vi fosse dunque una risposta terapeutica significativa alla somministrazione intrapresa di Humira, ci si potrebbe attendere un ulteriore miglioramento dei disturbi nei prossimi tre mesi. Indispensabile però qualora la diagnosi di spondilartropatia sieronegativa non fosse confermata, sospendere il trattamento immunosoppressore, tenuto conto della mancanza di efficacia e soprattutto degli effetti collaterali ad esso associati. Sicuramente si ritiene che un approccio chirurgico sia da evitarsi nel limite del possibile, in un'A. con componente fibromialgica. Possibile riproporre anche dal punto di vista reumatologico una riabilitazione intensiva.

9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.?

Dal punto di vista psichiatrico, una modifica della terapia psicofarmacologica come pure dell'approccio psicoterapico nel tempo, sulla base dell'efficacia e monitorato sia sul disturbo dell'adattamento che sul disturbo da sintomi somatici, si ritiene possa apportare a un miglioramento funzionale riguardo alla capacità lavorativa dell'A., aspetto da rivalutarsi a distanza di sei mesi/un anno. Dal lato neurologico il dolore radicolare in territorio S1 a ds. pare cronicizzato e dunque la prognosi a medio-lungo termine non viene ritenuta in primis sfavorevole. Tuttavia la coesistenza di una possibile patologia reumatologica del rachide e di una patologia psichiatrica, in associazione ad un incremento ponderale, riducono le possibilità di successo, anche qualora in un prossimo futuro si dovesse rendere indicato un eventuale intervento decompressivo neurochirurgico. Si ribadisce che l'impianto di uno stimolatore dei gangli dorsali potrebbe essere considerato dal lato neurologico per curare il dolore radicolare neuropatico, ma non avrebbe alcuna influenza sulla componente infiammatoria del dolore lombare di pertinenza reumatologica. Da ultimo dal lato reumatologico si ribadisce che qualora la diagnosi di patologia infiammatoria sieronegativa dovesse confermarsi dall'evoluzione della stessa malattia e vi fosse dunque una risposta

terapeutica significativa alla somministrazione dell'immuno-modulatore, ci si potrebbe attendere un ulteriore miglioramento dei disturbi a distanza di tre mesi. Tuttavia altri approcci di tipo conservativo non potranno migliorare le condizioni di salute dell'A. in modo tale da incrementare ulteriormente la sua capacità lavorativa. Dal Iato reumatologico, tenuto conto della patologia fibromialgica, è da evitarsi un approccio chirurgico, come pure un trattamento antalgico a base di oppiacei. Da ultimo nel riscontro di una severa ipovitaminosi D si consiglia, tenuto conto della patologia reumatologica algica, un supplemento vitaminico perorale.. 9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Per quel che riguarda la patologia neurologica riscontrata l'A. potrebbe beneficiare di una postazione lavorativa ergonomica (cuscino lombare, sedia regolabile). 10 COERENZA 10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. Non si sono evidenziate discrepanze tra i sintomi descritti dall'A., le varie anamnesi raccolte e le varie valutazioni cliniche durante le visite specialistiche, a cui l'A. si è sottoposta. In particolare non si ritrovano segni di amplificazione/esagerazione dei sintomi, come pure vi è assenza di simulazione. 11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 11.1 Altri quesiti del medico SMR. Quesiti particolari del medico SMR non sono posti. 11.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. a) Con riferimento alle patologie diagnosticate dalla Dr.ssa med. _____ in data 2.6.2016, avvalorate dall'ulteriore diagnosi stilata dal Dr. med. _____ in data 25.7.2016 (in particolare la spondiloartrite psoriatca), si chiede se le citate patologie sono da considerarsi nuove patologie oppure patologie preesistenti. Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Una spondilartropatia sieronegativa nell'ambito di una psoriasis anamnesticca è molto poco probabile. Poco o se non del tutto irrilevante per le limitazioni funzionali. I disturbi accusati dall'assicurata non sono principalmente in relazione con questa diagnosi. Dal punto di vista clinico non vi sono dei reperti indicativi per una spondilartropatia sieronegativa. La mobilità della colonna vertebrale è buona, la mobilità della cassa toracica è normale. Non vi sono segni di artrite periferica. Attualmente non vi sono segni di psoriasis. Gli esami di laboratorio non indicano una sindrome infiammatoria e l'antigene HLA-B27 è risultato negativo. La diagnosi di un'eventuale spondilartropatia sieronegativa si basa primariamente sui reperti radiologici descritti dal radiologo alla risonanza magnetica della colonna vertebrale in toto, secondo il protocollo Bechterew eseguita presso il _____ in data 11.05.2016. Dal rapporto medico in nostro possesso si deduce che le alterazioni descritte come spondiloartrite acuta non sono state confrontate con le immagini delle RM antecedenti. Alterazioni che si possono già evidenziare anche sulle RM della colonna toracale eseguite in precedenza, ma non interpretate nell'ambito di problematiche di tipo infiammatorio. Non modificatesi nel tempo. Non acute e da riferire prettamente ad alterazioni da sovraccarico nell'ambito delle alterazioni statico-degenerative. Sarà il decorso che ci dirà se i dolori accusati dall'assicurata hanno una componente di tipo infiammatorio. La somministrazione di un antiinfiammatorio non steroideale sotto forma di Proxen 500 mg non aveva portato a nessun risultato terapeutico. Fatto questo piuttosto insolito in una spondilartropatia. Per quanto riguarda la terapia attuale con Humira questa dovrebbe portare a un significativo miglioramento della sintomatologia e quindi anche a un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata e al conseguente miglioramento della sua capacità professionale nei prossimi 3 mesi. Questo se i disturbi sono in chiara relazione con una malattia

infiammatoria. Personalmente penso che queste eventuali problematiche di tipo infiammatorio non sono di entità tale, dal punto di vista clinico e radiologico, da compromettere in modo significativo la capacità professionale dell'assicurata. Quest'ultima è piuttosto limitata dalle problematiche statiche e degenerative già conosciute e diagnosticate". b) Sempre con riferimento alle patologie indicate al precedente punto 1, si prega di riferire da quanto tempo presumibilmente esistano tali patologie. E' possibile ritenere che le stesse erano già esistenti all'epoca, in cui furono stilate le perizie pluridisciplinari del 16.12.2015 e 26.9.2016? E' possibile parlare di diagnosi tardiva? Rispettivamente si prega di riferire quale sia il grado di compromissione. Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Le alterazioni radiologiche erano già evidenti sulle RM antecedenti dal 2012 e al 2014. Sono rimaste invariate nel tempo. Non hanno quindi un carattere acuto e presumibilmente sono da mettere in relazione non tanto con una patologia infiammatoria ma piuttosto statica degenerativa. Nel suo rapporto il radiologo Dr. _____ non descrive un confronto delle varie RM. La diagnosi di una spondilartropatia sieronegativa si basa principalmente su questi reperti radiologici e meno sui dati clinici e anamnestici o di laboratorio. Ricordo a questo proposito che dal punto di vista dell'interpretazione di questa patologia vi sono delle contrapposizioni. La collega Dr.ssa med. _____ e il collega Dr. med. _____ pensano alla presenza di una spondilartropatia sieronegativa, visti i reperti radiologici descritti. Il Prof. Dr. med. _____, dell'Ospedale _____ di _____, è dell'idea che questa malattia non è presente. Egli ha interpretato i disturbi dell'assicurata prevalentemente nell'ambito di tipo statico della colonna vertebrale e nell'ambito fibromialgico. Per quanto riguarda la compromissione della capacità lavorativa questa è minima. Come da me segnalato nella mia valutazione dell'incapacità professionale, tenendo in considerazione la problematica di tipo infiammatorio ma soprattutto la problematica di tipo fibromialgico ritengo che vi sia un'incapacità lavorativa del 10% superiore rispetto a quella determinata dal collega Dr. med. _____ nella sua valutazione peritale da ultimo svolta ". c) Si chiede inoltre se le patologie indicate ai precedenti punti 1 e 2 siano da considerarsi nuove patologie "almeno" dal punto di vista reumatologico (confronta considerazione del Dr. med. _____, pag. 9, complemento di perizia del 29.9.2016). Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: " Il Dr. med. _____ non ha preso in considerazione la diagnosi di spondilartropatia sieronegativa. Che risulta anche attualmente molto dubbia. Non ha diagnosticato una fibromialgia di tipo primario. Egli è molto esperto e attento a questi aspetti clinici e anamnestici. Non aveva a disposizione la RM del 11.05.2016. Penso che i dati clinici, anamnestici e radiologici presenti allora non hanno permesso queste diagnosi. I reperti radiologici furono interpretati come alterazioni statico-degenerative". d) Alla luce delle patologie evidenziate ai precedenti punti da 1 a 3 e delle restanti patologie reumatologiche, neurologiche e psichiatriche già diagnosticate, si chiede se sia possibile affermare l'esistenza di un miglioramento complessivo della salute dell'A. a far tempo dal 18.1.2013. Si chiede inoltre se a far tempo da tale data lo stato di salute complessivo dell'A. sia peggiorato oppure se è rimasto invariato. Si prega di fornire una risposta per ogni singola disciplina (reumatologica, neurologica e psichiatrica) ed una complessiva, fornendo una motivazione dettagliata. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Per quanto concerne la patologia psichiatrica, posso esprimermi solo a partire da un periodo successivo al 2013, e non posso esprimermi a posteriori su ciò che è stato valutato da altri colleghi e con ragionevolezza anamnestica, mi esprimo a partire dall'inizio del 2016, con il peggioramento da me descritto al punto 3 di

questo consulto" . Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Sicuramente vi è stato un miglioramento per quanto riguarda la problematica di tipo irritativo radicolare S1 a destra. L'ernia discale al segmento L5-S1 ha mostrato un decorso altalenante con alle risonanze magnetiche degli esami in cui l'ernia discale era più pronunciata e in altri in cui era più ritratta. L'ultima risonanza magnetica del 2016 mostra dei reperti piuttosto contenuti. L'esame clinico attuale non mostra una sindrome irritativa radicolare e non mostra deficit sensitivo o motorici. Dobbiamo quindi ritenere che a partire dal 2013 vi è stata fino a oggi un'evoluzione favorevole di questa problematica degenerativa. Per quanto riguarda i disturbi la situazione è rimasta stazionaria se non tendenzialmente al peggioramento, questo determinato dal quadro di tipo fibromialgico primario. L'eventuale problematica infiammatoria non incide in modo determinante sul decorso" . Per la patologia neurologica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Lo stato di salute dell'assicurata per quanto riguarda la situazione neurologica ha subito fluttuazioni, con miglioramento a partire dalla fine del 2012 e un peggioramento da primavera-estate 2014. In seguito vi è stato un lieve miglioramento e dall'ultima perizia neurologica, in settembre 2015, la situazione non ha subito modificazioni. Nella prima perizia neurologica (perizia SAM del 18.01.13) la capacità lavorativa sul piano neurologico era stimata al 60%, in seguito, dopo le fluttuazioni descritte, in settembre 2015 la situazione appariva lievemente migliorata, con grado di capacità lavorativa stimato dal dr. _____ al 70%, confermato dalla mia valutazione attuale" . e) Si chiede se i criteri di Foerster siano da considerarsi validi alla luce della nuova sentenza del Tribunale Federale 9C 492/2014, rispettivamente se è corretto, che le valutazioni di data 18.12.2016 e 28.9.2016 si siano basate sui criteri di Foerster (confronta perizia Dr.ssa med. _____ del 24.10.2015 e 10.9.2016). Si chiede infine se la nuova valutazione dei medici SAM si basa anch'essa sui criteri di Foerster. Per la patologia psichiatrica la dr.ssa med. _____ risponde come segue: "La mia valutazione non si basa sui criteri di Foerster, ma su i criteri diagnostici per il disturbo somatoforme (vedi pagina 21, terzo capoverso-Conclusione)" . Si ribadisce che a seguito di decisione del Tribunale Federale, del giugno 2015, i criteri di Foerster non siano più validi nel procedere diagnostico per valutazione del disturbo somatoforme. Indispensabile valutare la coerenza, la credibilità, le risorse della personalità dell'A., aspetti questi considerati dalla psichiatra. f) Alla luce di tutta la documentazione medica prodotta, con particolare riferimento ai rapporti medici della Dr.ssa med. psichiatra _____ (vedi in particolare il rapporto medico del 12.2.2015), quello qui prodotto stilato dal Dr. med. _____ in data 8.11.2016 e della Dr.ssa med. _____ del 10.9.2016), dal punto di vista psichiatrico, si chiede se corrisponde al vero che il quadro depressivo dell'A. sia da considerarsi senza rilevanti modifiche espressive o peggioramenti clinici psichiatrici negli anni e se sia possibile concludere, che non vi siano state delle fasi alterne di depressione, ovvero delle fasi di miglioramento e di peggioramento durante la cura tali da caratterizzare il decorso della patologia psichiatrica. Si chiede inoltre se si è in presenza di un quadro depressivo che dura da pochi anni (due anni) o se invece perdura da diversi anni (confronta perizia Dr.ssa med. _____ del 24.10.2015, pag. 26 e del 10.9.2016, pag. 4 e 5 della perizia e certificato medico qui prodotto stilato dal Dr. med. _____ in data 8.1.2016). Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Come da me confermato nel presente consulto, vi è a carico dell'A. una distimia cioè una Depressione cronica del tono dell'umore, già diagnosticata dalla dr.ssa _____ nel suo consulto del 24.10.2015, che dura da almeno alcuni anni, la quale non è mai abbastanza grave o nella quale episodi

individuali non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di disturbo depressivo ricorrente lieve o di moderata gravità, nè tanto meno grave. Ma su questa base del tono dell'umore, si possano innescare episodi di maggior disagio e sofferenza. Per il passato non mi posso pronunciare, ma come da me ampiamente illustrato, dall'inizio del 2016 posso ritrovare un Disturbo dell'adattamento persistente da stress cumulativo e traumatico. Inoltre per le caratteristiche personologiche dell'A., si è sviluppato un disturbo somatoforme, assolutamente correlato alla condizione psichica. Pertanto la percentuale di capacità lavorativa psichica non va sommata a quella fisica, essendo le due componenti inscindibili". g) Alla luce di quanto precede si chiede di voler indicare se è possibile confermare la diagnosi di distimia-depressione lieve oppure se risulta più probabile l'esistenza di una depressione ricorrente di gravità media. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Riporto le mie diagnosi: Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa Disturbo dell'adattamento (ICD-10-GM-2014 F 43.2) / Disturbo dell'adattamento con ansia ed umore depresso misti, persistente (cronico). Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10-GM-2014 F 45.4) / Disturbo da sintomi somatici persistente (DSM-V 300.82) Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa Distimia (ICD-10-GM 2014 F 34.1) / Disturbo depressivo persistente (distimia) con ansia con esordio tardivo (DSM-V 300.4) Fobia specifica (isolata- procedure mediche invasive) (ICD 10-GM-2014 F40.232 / Fobia specifica- procedure mediche invasive (DSM-V 300.29)". h) Con particolare riferimento alla recente patologia riscontrata (spondiloartrite psoriatca) e al quadro psichiatrico (patologie depressive, somatoformi e disturbi della personalità, vedasi i risultati ottenuti dal Dr. med. _____ in data 13.10.2015, con particolare riferimento al test scala Ossessivo-Compulsiva), si chiede se il quadro clinico dell'A., sia tale da produrre una limitazione nelle funzioni varie del suo quotidiano, così come se le stesse abbiano un impatto sulla capacità di concentrazione e di rendimento dell'A. con riferimento al suo lavoro abituale o ad un'attività adeguata e con riferimento a mansioni casalinghe. In caso affermativo si chiede di voler esprimere i limiti alla capacità di lavoro in termini percentuali. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Come già ampiamente specificato in questo mio consulto, ritrovo ai colloqui clinici, confermati anche dalla batteria testistica, maggiormente mirata rispetto a quelli eseguiti dal dott. _____, il quadro di sintomi di tipo depressivo, la dissociazione somatica, tratti di personalità, non disturbi di personalità, quali aspetti ossessivi- compulsivi, anche da me ritrovati e descritti, che non hanno raggiunto livelli patologici, cioè non ricadono sulla vita dell'A. con effetti di limitazione esistenziale. Come descritto nel punto 2, la capacità lavorativa psichiatrica nell'attività da ultimo svolta, quale bancaria ed in altre attività lavorative è del 70%, intesa come limitazione del rendimento". Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Tenendo in considerazione la sua richiesta le posso segnalare che per quanto riguarda l'aspetto di una eventuale spondilartropatia psorastica non vi sarebbero delle limitazioni delle funzioni varie nel suo quotidiano così come esse non hanno un impatto sulla capacità di concentrazione e di rendimento dell'assicurata. Per il resto valgono le limitazioni funzionali da me determinate nell'ambito della mia valutazione peritale ". i) Si chiede se alla luce delle patologie riscontrate dal profilo psichiatrico sia possibile evitare l'assunzione di consistente farmacoterapia assunta giornalmente dall'A. quali Cymbalta, Lyrica, Trittico e Tramactil (confronta allegato certificato medico Dr.ssa med. _____ del 21.11.2016 e perizia Dr.ssa med. _____ del 10.9.2016, pag. 4). Si chiede inoltre se e quale impatto i farmaci assunti dall'A. possano avere sulla capacità di concentrazione e sul

rendimento dell'A. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "A mio parere l'attuale farmacoterapia non è assolutamente consistente, anzi per la mia pratica sono dosaggi "omeopatici": la Duloxetina (Cymbalta) è al dosaggio minimo, così il Trazodone (Trittico) è addirittura sottodosato sia come ansiolitico o ipnoinducente, così anche l'Alprazolam (Xanax) al bisogno 5-7 gocce, in caso, a detta dell'A. di "gravi crisi d'ansia" non arrivano nemmeno al dosaggio minimo di 0,25 che sarebbero 10 gocce. Per quanto riguarda sia il Pregabalin (Lyrica) che il Tramadolo (Tramactil), solo in fase iniziale o di elevato dosaggio e negli anziani, potrebbero avere effetti collaterali tra cui sugli aspetti cognitivi, caso che non è quello dell'A. anche questi farmaci sono a bassi dosaggi, come anche valutato nell'esame psicodiagnostico del dott. _____ come profilo cognitivo nella norma. I sintomi cognitivi sono legati al quadro psicopatologico". Facciamo inoltre notare che i tassi farmacologici di tutti i farmaci tranne l'oppiaceo mostrano un sottodosaggio terapeutico. Per la patologia neurologica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "La terapia assunta, anche se composta da diversi farmaci, non può essere considerata "consistente". Tutti i farmaci con l'azione psicotropa vengono assunti a dosaggi bassi. L'assicurata assume questi farmaci da tempo mentre gli effetti collaterali cognitivi dei farmaci psicotropi sono rilevanti in fase di introduzione/titolazione e diminuiscono con tempo. Studi su volontari sani dimostrano lievi effetti cognitivi negativi in soggetti che assumevano 300 mg di pregabalin due volte al giorno (l'assicurata assume attualmente 25% di questo dosaggio). Le considerazioni simili valgono per Cymbalta, assunto attualmente a dose sub-terapeutica e Trittico. Il Tramactil (tramadolo 100 mg) è un oppioide debole con l'azione sul sistema nervoso centrale, gli effetti negativi del tramadolo sulle funzioni cognitive sono stati osservati specialmente in soggetti anziani, in pz con abuso di tramadolo che contemporaneamente assumevano altre sostanze psicotrope (cannabis, alcool, benzodiazepine). Nell'utilizzo cronico di tramadolo viene descritto un fenomeno di assuefazione, che potrebbe ridurre l'eventuale azione sedativa presente in fase iniziale della terapia. Pertanto ritengo poco probabile che la terapia attualmente assunta abbia un impatto rilevante sulle funzioni cognitive dell'Assicurata. Da notare l'assicurata è stata sottoposta nel 2015 ad un neuropsicologico. L'esame neuropsicologico è stato eseguito nel periodo in cui assumeva dosi più rilevanti dei farmaci rispetto a quelle attualmente assunte, mentre le restanti comorbidità con effetti potenzialmente negativi sulla attenzione e la concentrazione come dolore cronico e stato depressivo erano presenti. L'esame ha mostrato funzionamento cognitivo nella norma." . j) Alla luce delle patologie evidenziate ai precedenti punti da 1 a 3 e delle restanti patologie reumatologiche, neurologiche e psichiatriche già diagnosticate, si chiede se si ritiene possibile considerare dei provvedimenti di integrazione professionale e/o riforma professionale. Si prega di fornire una motivazione dettagliata. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Non ritengo necessari provvedimenti di riforma da punto di vista psichiatrico, ma non vi sono controindicazioni se vengono proposti. Ritengo l'A. abile nella misura del 70%, quindi integrabile in tale percentuale". Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Per quanto riguarda l'impatto reumatologico come da me espresso vi è una capacità lavorativa residua per quanto riguarda l'attività professionale da ultimo svolta del 60%. Per un'attività lavorativa adatta la capacità lavorativa è del 80%. Un reinserimento professionale non è solo consigliabile ma auspicabile. Una ripresa dell'attività lavorativa e un reinserimento nell'attività sociale è senz'altro indicato. Non vi sono controindicazioni in questo senso dal punto di vista reumatologico". Per la patologia neurologica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Sì, ritengo possibile considerare provvedimenti di

integrazione professionale, mentre non vedo utilità di una riformazione professionale, in quanto l'attività dell'Assicurata è da considerarsi adeguata allo stato di salute" . k) Con riferimento alle patologie reumatologiche, con particolare riferimento alle considerazioni esposte dal Dr. med. _____ a pag. 8 del complemento di perizia del 26.9.2016, alla luce delle altre patologie riscontrate (fisiche e psichiche), si chiede se la decisione dell'A. di non sottoporsi ad un intervento chirurgico sia da considerarsi ammissibile. Si prega di fornire una motivazione dettagliata. Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Per quanto riguarda la decisione dell'assicurata di non sottoporsi a un intervento chirurgico, tenendo in considerazione l'evoluzione favorevole del decorso, senza questo intervento, la si può ritenere senz'altro giustificata" . Per la patologia neurologica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "La storia naturale di ernie discali dimostra che esse possono diminuire in dimensione o addirittura riassorbirsi entro settimane o mesi dall'esordio. Le ernie espulse vengono eliminate tramite un processo di fagocitosi da parte dei macrofagi mentre le ernie contenute si riducono di volume per la disidratazione del disco. Per questo motivo i pazienti candidati a decompressione chirurgica devono essere scelti con attenzione. L'evidenza scientifica è forte sull'efficacia della discectomia sulla sindrome radicolare a breve termine, ma mancano evidenze sull'efficacia a lungo termine e i decorsi clinici di pazienti operati e trattati conservativamente sono simili dopo un anno. Le indicazioni classiche ad un intervento decompressivo sono: un dolore ingestibile con terapie convenzionali, un deficit neurologico di entità rilevante (motorio) o disturbi sfinterici. Queste indicazioni non sono mai state descritte durante la storia clinica dell'Assicurata. Come già discusso nella valutazione del caso, il decorso clinico dell'Assicurata dal punto di vista neurologico è stato caratterizzato da fluttuazioni importanti che correlavano con i cambiamenti radiologici. Per questo motivo è stato sicuramente non facile, sia per l'Assicurata, che per i curanti, prendere una decisione su un eventuale intervento. Non vi sono state descritte caratteristiche cliniche da considerare come un'indicazione assoluta all'intervento come una radicolopatia deficitaria, sindrome della cauda equina o una sindrome radicolare iperalgica. Per questo motivo l'indicazione poteva essere considerata come relativa, in funzione dell'intensità del dolore e dei risultati delle terapie conservative e andava discussa attentamente con l'Assicurata. Con passare del tempo dolori radicolari tendono invece a cronicizzarsi in alcuni soggetti, rendendo limitate possibilità di successo in caso di terapia decompressiva chirurgica. Per questo motivo non consiglieri personalmente allo stato attuale, un trattamento chirurgico" . l) Si chiede se è riscontrabile una coerenza tra il comportamento assunto dall'A. e i limiti funzionali fatti valere su tutti gli ambiti di vita paragonabili. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Dal mio punto di vista vi è coerenza tra il comportamento assunto dall'A e non vi è discrepanza tra i sintomi descritti e la valutazione clinica" . Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "L'assicurata attualmente svolge una vita molto ritirata, si occupa della propria economia domestica. Riesce a fare quasi tutto lei compreso il passare l'aspirapolvere. Si sposta ancora in automobile. Va a fare delle passeggiate. Cucina. Non va più a giocare a golf. Attualmente non si ha l'impressione che svolga delle attività che non siano compatibili con le sue patologie all'apparato muscolo-scheletrico. Vi è quindi una certa coerenza nel comportamento assunto dall'assicurata. Attività per altro compatibili dal punto di vista reumatologico con una ripresa dell'attività professionale. Si ha quindi l'impressione che essa sia un po' spaventata da quanto avvenuto nell'ambito assicurativo e che non osi più affrontare nuove sfide" . Per la patologia neurologica la Dr.ssa med. _____ risponde

come segue: "Dal punto di vista strettamente neurologico non ho riscontrato incoerenza tra i limiti funzionali descritti dall'Assicurata, suo comportamento e reperti oggettivi. Da notare tuttavia che il dolore radicolare (di pertinenza neurologica) costituisce solo una componente della sintomatologia algica globale dell'Assicurata". m) Si chiede di indicare se l'A. abbia simulato le patologie a lei riscontrate. Per la patologia psichiatrica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Non vi è stata simulazione". Per la patologia reumatologica il Dr. med. _____ risponde come segue: "Durante la visita non ho avuto nessun sospetto di una simulazione. Non vi erano neppure sospetti di aggravamento delle condizioni di salute. La problematica determinante è sicuramente la sintomatologia dolorosa, questa deve essere compresa, a mio modo di vedere, non solo nell'ambito delle patologie degenerative ma anche in relazione con il quadro di tipo fibromialgico". Per la patologia neurologica la Dr.ssa med. _____ risponde come segue: "Nel corso della mia valutazione non ho riscontrato elementi a favore di una simulazione o di un aggravamento volontario dei sintomi". (...) (doc. AI 221/859-874) Il consulente in reumatologia dr. _____, interpellato dal SAM, con scritti del 18 maggio e 22 giugno 2017, ha precisato che "(...) dopo l'inoltro di un rapporto AI da parte della Dr.ssa _____ del 21.02.2017, le rispondo che questa documentazione non modifica le mie valutazioni riferite alla perizia da me completata il 13.03.2017. (...) (doc. AI 221/955) rispettivamente che "(...) posso segnalare che per quanto riguarda l'aspetto di una eventuale spondilartropatia psoriasica non vi sarebbero delle limitazioni delle funzioni varie nel suo quotidiano così come esse non hanno un impatto sulla capacità di concentrazione e di rendimento dell'assicurata. Per il resto valgono le limitazioni funzionali da me determinate nell'ambito della mia valutazione peritale. (...) (doc. AI 221/956). Nel rapporto finale 17 agosto 2017 il medico SMR dr. _____ si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM (doc. AI 222/987-991) e – precisate le seguenti limitazioni funzionali: "(...) Carico massimo in kg senza limitazioni: 5 kg.; Alternanza della postura al bisogno: Sì, Inclusa (...) (doc. AI 222/989) – ha concluso che lo stato di salute è migliorato "(...) come da documentazione della perizia precedente del SAM del 12.2015 (...) (doc. AI 222/991). Va qui rilevato che nella perizia di decorso del 16 dicembre 2015 i periti del SAM hanno indicato a più riprese che il miglioramento va fatto risalire al maggio 2014 (cfr. risposte ai punti 8.1.3 e 9.1.3 sub doc. AI 146/520-521 e risposte alle domande poste dal legale al punto 10.2 sub doc. AI 146/524). Anche il dr. _____, nel rapporto finale SMR del 12 gennaio 2016 (doc. AI 149/583-587), ha indicato (dopo un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal dicembre 2010) un'incapacità lavorativa del 30% tanto nell'attività abituale quanto in un'altra attività adeguata dal maggio 2014. Inoltre, nella perizia di decorso del 9 agosto 2017 (doc. AI 221/781-984), i periti del SAM non hanno sconfessato quella precedente dei loro colleghi del dicembre 2015. Stanti le succitate risultanze vi è quindi da ritenere (come del resto fatto dall'amministrazione) che il miglioramento della capacità lavorativa (in attività abituale e adeguata) va fatto risalire al maggio 2014 e non può invece essere seguito il medico SMR dr. _____ laddove (nel succitato rapporto finale del 17 agosto 2017) ha concluso per un'incapacità lavorativa del 30% in qualsiasi attività dal settembre 2015 rinviando alla "(...) (data valutaz. psi SAM preced.). (...) (doc. AI 222/989). Al riguardo va qui evidenziato che la dr.ssa _____, nel consulto del 24 ottobre 2015 (doc. AI 146/530-536; posta una incapacità lavorativa del 20% e senza aver visionato il materiale della sorveglianza), ha concluso solo che "(...) per correttezza, stante i disguidi già occorsi nella valutazione della signora e dopo la sorveglianza che pare aver rimesso in discussione alcune conclusioni peritali, mi sembra più

etico-corretto, far partire la presente percentuale dal momento della mia valutazione. (...)” (doc. AI 146/534). La stessa specialista, nel complemento del 10 settembre 2016 (doc. AI 188/684-688; chiamata a pronunciarsi sull’evoluzione della capacità lavorativa nel tempo dopo il consulto del 4 dicembre 2012 del dr. _____ sub doc. AI 59/189-196), ha precisato inoltre che “(...) rispetto alla posizione di _____, da lui peraltro riveduta e corretta dopo visione del video, confermo di avere l’impressione che si sia trattato di una diversa valutazione di un medesimo o molto simile quadro rispetto a quello da me descritto. (...)” (doc. AI 188/687). A mente di questo Tribunale, ribadito che nella perizia di decorso del 16 dicembre 2015 i periti del SAM (congiuntamente) hanno indicato a più riprese che il miglioramento va fatto risalire al maggio 2014, dalle singole valutazioni della dr.ssa _____ non è possibile concludere (come apparentemente sembra aver fatto il dr. _____) che il miglioramento vale dal settembre 2015. In conclusione, conformemente a quanto stabilito dai periti del SAM nelle succitate perizie di decorso del dicembre 2015 e dell’agosto 2017, vi è da concludere che nell’attività abituale l’incapacità lavorativa è stata del 100% dal dicembre 2010, del 30% dal maggio 2014 e del 40% dal giugno 2016 mentre che, in un’attività adeguata, l’incapacità lavorativa è stata del 100% dal dicembre 2010 e del 30% dal maggio 2014.

2.8. 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). 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).

2.9. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione qui impugnata, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.8), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulle perizie di decorso del dicembre 2015 e dell'agosto 2017. Perizie, queste, lo si ribadisce, che vanno considerate dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, nelle succitate perizie, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medico specialistica (posteriore all'ultima perizia di decorso dell'agosto 2017) atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il SAM. In particolare, avuto riguardo all'aspetto extra somatico, va innanzitutto rilevato che (fatto salvo il rapporto di decorso del 29 marzo 2018 sub doc. 2) tutti gli atti medici resi dalla curante, dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, sono stati considerati dai periti del SAM. La dr.ssa _____, nei rapporti medici del 16 luglio 2012 e del 20 febbraio 2014 come nel certificato medico del 15

settembre 2014, ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% dal marzo 2012 per motivi psichiatrici (cfr. doc. AI 47/136 punto 1.6, 85/274 punto 1.6 e 104/370) mentre che, nel rapporto 11 dicembre 2012 indirizzato al servizio medico dell'assicuratore LPP, ha precisato che "(...) la sintomatologia attuale resta florida e incompatibile con la ripresa della capacità lavorativa che complessivamente resta allo 0%; 50% dal profilo strettamente psichiatrico per le limitazioni date dal calo del tono dell'umore, ansia a tratti intensa, difficoltà di concentrazione, difficoltà del sonno, anedonia, aspetti fobici ecc. (...)" (doc. AI 104/371, la sottolineatura è del redattore). La stessa specialista, nello scritto del 20 aprile 2016 indirizzato all'avv. _____ (doc. AI 170/639-640), ha concluso che "(...) per quanto attiene la valutazione della capacità lavorativa, confermo che dal profilo strettamente psichiatrico essa si situa al 50% in ogni attività. A questa percentuale a mio parere deve essere sommata quella della problematica somatica. (...)" (doc. AI 170/640, la sottolineatura è del redattore). Va qui ricordato che la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485; nella STFA I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, vedi anche la STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 5.2.2). Ora, i periti nel SAM, nelle perizie di decorso del dicembre 2015 e dell'agosto 2017, hanno concluso che "(...) l'incapacità lavorativa d'ordine psichiatrico non va sommata a quella somatica (entrambi i consulenti reumatologo e neurologico prendono in considerazione la stessa patologia al rachide) in quanto tutti i consulenti prendono in considerazione il dolore cronico e le sue implicazioni cliniche. (...)" (doc. AI 146/519, punto 8.1.1), rispettivamente che "(...) complessivamente la capacità lavorativa dell'A. in attività abituale risulta essere del 60%, risultato dell'integrazione delle capacità lavorative neurologica e reumatologica a quella psichiatrica, in quanto le problematiche somatiche hanno portato allo sviluppo nell'A. della psicopatologia e tutte le patologie creano nell'A. una riduzione del rendimento lavorativo, in quanto tutte prendono in considerazione il sintomo doloroso dell'A. (...)" (doc. AI 221/860, punto 8.1.2). Inoltre, la dr.ssa _____, sempre nel succitato rapporto medico di decorso del 29 marzo 2018 (cfr. doc. 2), non si è confrontata puntualmente con le valutazioni (riprodotte al consid. 2.7) espresse dai periti del SAM nella perizia di decorso del dicembre 2015 e, nonostante (nel tempo) non abbia mai mutato la propria valutazione circa la capacità lavorativa, ha sostenuto che "(...) dal punto di vista psichiatrico, dopo il pedinamento e l'inchiesta considerata dalla paziente parziale e lesiva della sua persona, vi è stato un peggioramento psichico e del funzionamento personale a tutti i livelli con ansia continua, diffidenza, irritabilità, ritiro sociale e limitazione dell'attività. (...)" (doc. 2). Nel medesimo rapporto, la stessa specialista, ha considerato anche aspetti somatici e non ha contestato validamente le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM nella perizia di decorso dell'agosto 2017 limitandosi ad evidenziare che "(...) la valutazione diagnostica della perita _____ che separa la diagnosi del problema depressivo in Distimia (senza influsso sulla capacità lavorativa) e Disturbo dell'adattamento (con influsso sulla capacità lavorativa) appare puramente accademica e non concordo con le sue valutazioni prognostiche in particolare relativamente all'indicazione dell'utilizzo della tecnica EDMR che non ritengo indicata in questa specifica situazione. (...)" (doc. 2). In questo senso, ritenuto quanto suesposto, questo Tribunale ritiene che a ragione il rapporto medico di decorso del 29 marzo 2018 della dr.ssa _____ non è stato sottoposto ai periti del

SAM e può fare proprio quanto indicato al riguardo dall'Ufficio AI e meglio che "(...) sui motivi della mancata sottoposizione del rapporto 29 marzo 2018 della Dr.ssa med. _____, l'UAI tiene a riprendere integralmente quanto indicato nella decisione impugnata sul fatto che tale rapporto: "[...] non inficia la valutazione svolta dalla Consulente-psichiatra SAM Dr. med. _____ il 10 aprile 2017 (effettuata dopo due colloqui clinici e la somministrazione di 4 diversi esami psico-diagnostici). In proposito – rammentato che per l'Assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le conseguenze dei danni alla salute sulla capacità lavorativa (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C 49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6) – l'UAI considera che la perita del SAM sia riuscita a ritenere nella propria valutazione unicamente gli aspetti medici tutelati nella presente procedura (cfr. pt. 12 pag. 25) e abbia debitamente preso in conto i limiti funzionali (che collimano in sostanza con quelli indicati dalla psichiatra curante) e le risorse (quali ad esempio la capacità comunicativa, il livello d'istruzione e il sostegno delle persone presenti nel contesto sociale, ndr.) dell'assicurata (cfr. pt. 5 pag. 24 e pt. 17 pag. 27). [...]" (...)" (IV, pag. 8) Va inoltre ricordato, da una parte, che un'opinione divergente non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. STF 9C_188/2017 del 14 luglio 2017, consid. 5.5 con riferimento) e, dall'altra parte, che il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario e che al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (cfr. STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2). In simili circostanze – viste le succitate risultanze mediche (cfr. consid. 2.7) e in applicazione del principio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195) – questo Tribunale deve ritenere che, dopo un'inabilità totale al lavoro dal dicembre 2010, nel maggio 2014 vi è stato un miglioramento valetudinario e che (come già enunciato al consid. 2.7 in fine) nell'attività abituale la capacità lavorativa è del 70% dal maggio 2014 e del 60% dal giugno 2016 mentre che, in un'attività adeguata, la capacità lavorativa è del 70% dal maggio 2014. Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo a quanto sostenuto dal legale dell'assicurata con scritto del 16 agosto 2018 (cfr. consid. 1.5) e meglio che "(...) é opportuno inoltre rilevare che le conclusioni delle perizie SAM antecedenti al 2017 erano viziate dal fatto che i rispettivi referti reumatologici non indicavano l'esistenza di una spondiloartrite assiale associata a psoriasi che affliggeva l'assicurata da anni e che era stata diagnosticata per la prima volta dalla dr.ssa med. _____ il 16 marzo 2016. Il dr. med. _____ informava poi il dr. med. _____, il quale con lettera del 7 settembre 2016 caldeggiava il SAM di procedere ad una nuova rivalutazione. Il 3 ottobre 2016 il dr. med. _____ del SAM [ndr. recte: SMR] accoglieva l'invito del dr. med. _____ e chiedeva l'allestimento di una nuova perizia multidisciplinare che valutasse la nuova patologia non solo dal punto di vista reumatologico, ma anche psichiatrico e neurologico. Purtroppo tale diagnosi era stata accertata dopo diversi anni di sofferenza, durante i quali l'assicurata non era stata creduta dai vari periti che hanno esaminato il caso. (...)" (VIII, punto 3). Al riguardo a ragione l'Ufficio AI, nelle osservazioni del 4 settembre 2018 (che questo

Tribunale può fare proprie), ha precisato che “(...) circa la diagnosi di spondiloartrite sieronegativa, al pt. 7c del proprio consulto 15 marzo 2017, il Dr. med. _____ ha indicato che tale diagnosi risulta “[...] anche attualmente molto dubbia [...]”. A complemento di tale informazione, nel complemento peritale 22 giugno 2017 (allegato alla perizia 9 agosto 2017), il suindicato specialista ha esaurientemente stabilito che: “[...] le posso segnalare che per quanto riguarda l’aspetto di una eventuale spondilartropatia psoriasica non vi sarebbero delle limitazioni delle funzioni varie nel suo quotidiano così come esse non hanno un impatto sulla capacità di concentrazione e di rendimento dell’assicurata. [...]”. In considerazione di ciò, l’UAI ritiene che la suindicata affezione non sia in ogni caso idonea a inficiare il valore probante delle valutazioni pluridisciplinari esperite. (...)” (X, punto 1). In questo senso – ribadito che alle perizie di decorso del SAM del dicembre 2015 e dell’agosto 2017 va riconosciuta piena forza probatoria e che le stesse nemmeno sono state validamente contestate – questo Tribunale ritiene che la situazione valetudinaria non necessiti ulteriori approfondimenti dal profilo medico. In effetti, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag.

E. 47

n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all’art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.10.3. Il TF, nella DTF 142 V 290 – chiamato a pronunciarsi in merito alla valutazione dell’invalidità per gli assicurati che esercitano un’attività lavorativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete (art. 28a cpv 3 prima frase LAI in relazione all’art. 16 LPGa) –, 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 (...)” (regesto della DTF 142 V 290). L’Alta Corte ha sviluppato le seguenti considerazioni: “(...) 6.5 Im Ergebnis führt die Praxis gemäss BGE 131 V 51 dazu, dass bei der Beschwerdegegnerin als Teilerwerbstätige (Pensum von 60 %) ohne Aufgabenbereich mit der Ermittlung eines Invaliditätsgrades von 100 % die gemäss Art. 28a IVG in Verbindung mit Art. 27 IVV nicht versicherte Freizeit ("Pensum" von 40 %) mitentschädigt wird. Die IV-Stelle kritisiert dies und macht geltend, bei einer Teilerwerbstätigkeit von 60 % ohne daneben bestehendem Aufgabenbereich könne der Invaliditätsgrad bei maximaler Leistungseinschränkung (100 %) das Pensum der Teilerwerbstätigkeit von 60 % nicht übersteigen. Sinngemäss beantragt die Beschwerdeführerin damit, die Rechtsprechung dahingehend zu präzisieren, dass auch bei den Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich der aus dem Einkommensvergleich resultierende Invaliditätsgrad proportional - in casu mit dem Faktor 0,6 entsprechend dem erwerblichen Bereich von 60 % - zu berücksichtigen ist. 7. 7.1 Entsprechend der

Zielsetzung der Invalidenversicherung, die wirtschaftlichen Folgen der Invalidität zu mildern (vgl. Botschaft vom 24. Oktober 1958 zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung und eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, BBl 1958 II 1137 ff., insb. 1161 f.; vgl. auch BGE 137 V 334 E. 5.5.3 S. 345), ist das versicherte Risiko in der Invalidenversicherung die Erwerbsinvalidität, die von der effektiven, gesundheitlich bedingten Erwerbseinbusse abhängt. Eine versicherte Person, welche im Gesundheitsfall ihr wirtschaftliches Potential nicht voll ausnützt, indem sie zwar in der Lage wäre, voll erwerbstätig zu sein, sich aber für eine Teilzeitstelle entscheidet, um mehr Freizeit zu haben, begnügt sich mit einem Teilzeitlohn und verzichtet damit freiwillig auf einen Teil des Lohnes, den sie erzielen könnte, wenn sie vollerwerbstätig wäre. Dass ihr Erwerbseinkommen vermindert ist, stellt die Folge ihrer Wahl dar. Der nicht verwertete Teil ihrer Erwerbsfähigkeit ist damit nicht versichert (BGE 135 V 58 E. 3.4.1 S. 61; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; Urteil 9C_112/2012 vom 19. November 2012 E. 4.6) und ein Ausgleich durch die Invalidenversicherung demzufolge nicht statthaft (BGE 137 V 334 E. 5.5.3 S. 345 f.; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53). Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass eine teilerwerbstätige versicherte Person ohne Aufgabenbereich eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse lediglich im Rahmen des versicherten Bereiches, welcher dem (hypothetischen) Beschäftigungsgrad entspricht, erleidet und deshalb auch nur in diesem Umfang ein Ausgleich stattfinden kann. Es verhält sich nicht anders als bei den Vollerwerbstätigen, bei welchen wegen des auf 100 % Bezug nehmenden Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG) ebenfalls maximal ein dem versicherten Bereich (100 %) entsprechender Invaliditätsgrad (mithin maximal 100 %) resultieren kann. 7.2 Für diese Betrachtungsweise spricht auch das Rechtsgleichheitsgebot (Art. 8 Abs. 1 BV) bzw. eine verfassungskonforme Auslegung (vgl. dazu BGE 140 I 77 E. 5.3 S. 81 mit Hinweisen) der Bestimmung des Art. 28a Abs. 3 Satz 1 IVG. Unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung muss die Einbusse, die eine versicherte Person in einem bestimmten (hypothetischen) erwerblichen Teilpensum (hier: 60 %) erleidet, in diesem Bereich zum selben Invaliditätsgrad führen, unabhängig davon, ob sie daneben (d.h. in den hypothetisch verbleibenden 40 %) keinen Aufgabenbereich hat (wie die Beschwerdegegnerin im hier zu beurteilenden Zeitraum), in einem Aufgabenbereich tätig ist (wie dies bei der Beschwerdegegnerin früher der Fall war [Verfügung vom 11. März 2004; Mitteilung vom 11. Juni 2012]), oder ein weiteres erwerbliches Teilpensum hat und damit als vollerwerbstätig gilt. Eine Gleichbehandlung rechtfertigt sich deshalb, weil die drei genannten Versichertenkategorien bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit im erwerblichen Teilpensum von 60 % denselben Einkommensverlust - nämlich einen solchen von 60 % - erleiden. Es sind keine Gründe ersichtlich, bei den teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich eine sich lediglich im Teilzeitpensum auswirkende Arbeitsunfähigkeit über dessen Umfang hinaus (hier mit 100 statt 60 %) zu berücksichtigen. 7.3 Nach dem Gesagten ist die Rechtsprechung gemäss BGE 131 V 51 dahingehend zu präzisieren, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische

erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde. 8. 8.1 Bei der vollständig arbeitsunfähigen Beschwerdegegnerin, deren erwerblicher Bereich 60 % beträgt, ergibt sich bei proportionaler (dem Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit entsprechender) Berücksichtigung des Ergebnisses des Einkommensvergleichs im Sinne der präzisierten Rechtsprechung ein Invaliditätsgrad von 60 % (0,6 x 100 %). (...)” (DTF 142 V 290, consid. dal 6.5 all’8.1, pagg. 296-298). Nella STF 8C_846/2015 del 3 giugno 2016 – chiamato a giudicare il caso di un assicurato che dal 2001 lavorava a tempo pieno come informatico e che dal 2005 ha ridotto la sua percentuale lavorativa all’80% – il TF ha confermato il principio secondo cui nel caso in cui un assicurato svolga a tempo parziale un’attività lucrativa per potere avere più tempo libero, il grado di invalidità corrisponde alla limitazione proporzionale nell’attività salariata e quindi non può essere superiore a questo ambito assicurato. Sulla base dei fatti accertati dal Tribunale cantonale, l’Alta Corte ha ritenuto che l’informatico, celibe e senza figli, viveva da solo in un appartamento di 3 ½ locali senza obblighi di mantenimento e che ha ridotto il tempo lavorativo all’80% prima dell’insorgenza del danno alla salute perché guadagnava bene e quindi lavorare all’80% era sufficiente. Non v’era dunque alcun elemento per potere ritenere che l’assicurato avesse ridotto il suo tempo lavorativo per occuparsi della casa. Anzi, l’assicurato si occupava in minima parte della casa e per la maggior parte del tempo mangiava fuori. Effettuava la pulizia della casa una volta alla settimana, a volte una volta ogni due settimane al sabato, mentre per stirare e cucire si affidava al bisogno alla mamma. La cura della casa era quantitativamente e qualitativamente di secondaria importanza, cosicché non avrebbe potuto essere posta sullo stesso piano di un’attività lavorativa (cfr. consid. 5.1). Il TF ha quindi esposto la giurisprudenza sviluppata nella DTF 141 V 15 citata dall’Ufficio AI, affermando che quest’ultimo non ha realizzato che se l’attività svolta è a tempo parziale per avere più tempo libero e non per occuparsi della casa, non sussiste una competenza dell’assicurazione invalidità, giacché il tempo libero, ai sensi dell’art. 27 OAI, non è assicurato. Ne discende che il metodo misto non può tornare applicabile (cfr. consid. 5.2). Sempre il TF, dopo aver presentato i principi giurisprudenziali sviluppati dalla DTF 131 V 51 (cfr. consid. 6.1), ha ricordato che lo scopo dell’assicurazione invalidità è di ridurre le conseguenze economiche dell’invalidità e quindi il rischio assicurato è l’invalidità lavorativa. Una persona assicurata, sana, che non sfrutta pienamente il suo potenziale economico anche se sarebbe in grado di essere attiva a tempo pieno, ma preferisce lavorare a tempo parziale per avere più tempo libero, si accontenta di un reddito ridotto e rinuncia quindi volontariamente a una parte del reddito che potrebbe conseguire se lavorasse a tempo pieno. Il fatto che il suo reddito da attività lucrativa diminuisce configura la conseguenza della sua scelta. La parte non utilizzata della sua capacità lavorativa non è quindi assicurata. Pertanto, una persona assicurata attiva parzialmente che non deve svolgere mansioni consuete subisce una perdita di guadagno nell’ambito assicurato, che corrisponde al grado di occupazione ipotetico e perciò può avere luogo una compensazione solo in questo ambito (cfr. consid. 6.2). Poiché la summenzionata DTF 131 V 51 portava a una violazione del principio dell’uguaglianza di trattamento, nella DTF 142 V 290 la nostra Massima Istanza ha precisato che, d’ora in poi, nel caso di assicurati che lavorano a tempo parziale senza svolgere mansioni consuete, la limitazione stabilita con il metodo del raffronto dei redditi ex art. 16 LPGA deve essere considerata proporzionalmente alla percentuale di attività salariata esercitata prima del danno alla salute. Il grado di invalidità

corrisponde alla diminuzione proporzionale nell'ambito lavorativo e non può superarlo (cfr. consid. 6.3). 2.10.4. Nella fattispecie, appurato che l'insorgente è ancora abile ad esercitare la propria attività abituale (cfr. consid. 2.7) e che è in questa attività che sfrutta al meglio la propria capacità lavorativa residua (cfr. la valutazione del consulente in integrazione professionale del 29 gennaio 2016 sub doc. AI 154/601-602), per il calcolo del grado d'invalidità si giustifica l'applicazione del metodo del confronto percentuale dei redditi. Questo metodo costituisce una variante ammissibile del raffronto dei redditi basato su dati statistici: il reddito da valido è preso in considerazione nella misura del 100%, mentre il reddito da invalido è preso in considerazione tenendo conto dell'incapacità lavorativa, la differenza percentuale corrisponde in tal modo al grado d'invalidità (sentenze 8C_628/2015 del 6 aprile 2016 consid. 5.3.5 e 8C_211/2013 del 3 ottobre 2013 consid. 4.1 con i riferimenti pubblicati in SVR 2014 UV n. 1 pag. 1; Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 35 e seg. ad art. 28 a LAI). L'applicazione di questo metodo si giustifica quando il salario da valido e quello da invalido sono fissati in base agli stessi dati statistici, oppure quando il lavoro precedentemente svolto è ancora possibile (perché il contratto di lavoro per esempio non è stato sciolto), oppure quando questo lavoro offre le migliori possibilità di reintegrazione professionale (perché per esempio il salario prima dell'invalidità è superiore a quello da invalido) (sentenze 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 3.2 e 8C_294/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 6.4.1). In concreto, ritenuta l'incapacità lavorativa nell'attività abituale del 30% dal maggio 2014 e del 40% dal giugno 2016, in base al confronto percentuale dei redditi, il grado d'invalidità per quegli anni ammonta al 30% rispettivamente al 40%. Considerato che l'insorgente è salariata nella misura dell'80% e in applicazione della succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.10.3) valida per la valutazione dell'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lavorativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, il grado d'invalidità (dopo ponderazione) si attesta al 24% dal maggio 2014 al maggio 2016 ($30\% \times 80\% = 24\%$) rispettivamente al 32% ($40\% \times 80\% = 32\%$) dal giugno 2016. Allo stesso risultato – visto che per la determinazione dei redditi da valido e invalido ha applicato i medesimi dati statistici (si rinvia qui ai calcoli così come esposti nella decisione impugnata) – è giunto anche l'Ufficio AI. In simili circostanze, non raggiungendo più il grado minimo pensionabile del 40% dal mese di maggio 2014 – in questo senso non necessita qui di essere approfondita l'applicabilità o meno dell'art. 27bis OAI – e in corretta applicazione dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, è a giusto titolo che l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita intera con effetto dal 1. giugno 2018. Va qui rilevato che, in ogni caso, ad un risultato più sfavorevole si giungerebbe se si volesse applicare (analogicamente) la giurisprudenza federale secondo la quale, allorquando il tasso d'occupazione determinante non raggiunge il 100%, l'incapacità lavorativa nell'attività abituale non va confusa con la perdita di guadagno (cfr. la STF 9C_858/2017 del 20 febbraio 2018, in particolare il consid. 5.1).

2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.-- e fr. 1'000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico dell'insorgente.

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