

TI_GERICHTE 32.2019.48 vom 24. Januar 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-01-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.48

FR: TI_GERICHTE 32.2019.48 du 24 janvier 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.48 del 24 gennaio 2019

Erwägungen

E. 7

cpv. 2 LAI. Si tratta delle attività che soddisfano il criterio dei terzi, vale a dire che, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, possono essere tipicamente eseguite da terzi dietro pagamento. Le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica, come le attività artistiche o di pubblica utilità, non possono invece essere equiparate a un'attività lucrativa e quindi riconosciute come mansioni consuete, se non in casi speciali (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2). Queste occupazioni non vanno dunque disciplinate in modo generale dall'OAI e pertanto non sono più espressamente menzionate nell'Ordinanza (cfr. punto 1.2 pag. 6 delle citate spiegazioni dell'UFAS). Come evidenziato dall'Ufficio federale sugli adeguamenti del metodo misto (cfr. punto III pag. 9), dal 1° gennaio 2018 il nuovo art. 27 OAI pone quindi l'accento sui lavori domestici necessari che possono essere equiparati ad un'attività lucrativa. Per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se si tratti di un'attività che può essere eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento. È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio). Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari; rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato. Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solo dopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano ad essere svolte da terzi come prima. Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività puramente ricreative – le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento - non rientrano tra le attività da considerare nell'ambito delle mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb). Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale. Per ciò che concerne il caso in esame, di

regola si ritiene che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica comprendono queste cinque attività usuali: pasti, pulizia e ordine dell'alloggio, acquisti e altre commissioni, bucato e cura dei vestiti, cura e assistenza ai figli e/o ai familiari, per le quali è assegnato un rispettivo limite massimo (N. 3087 CIGI). Il grado di disabilità per ogni singola attività risulta dal confronto percentuale tra la ponderazione senza disabilità – stabilita dall'assistente sociale (N. 3083 CIGI) - e la limitazione dovuta alla disabilità (N. 3085 CIGI).

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

Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Ancorché non applicabile alla presente fattispecie, va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a

seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il Tribunale federale aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un grado di invalidità pensionabile (STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. La Corte europea - ricordato che non incombe a lei annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (sul tema vedi pure la STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016). Nella STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50, pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 20 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo, la nostra Massima istanza ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica). Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado di invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU allorché le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. In una tale costellazione, allorché questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGA. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008 e

rinviano alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017).

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina (u. Kieser , *Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung*, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis , *IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts*, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento vedi la STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Come detto, il 1° gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582). Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato “Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale” , risulta che “ (...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)” . 2.5. Al fine di determinare il metodo di calcolo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente , in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc , *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve

ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer , op. cit., pag. 288; Blanc , op. cit., pag. 190-191). 2.6. Inoltre, trattandosi di una nuova domanda di prestazioni AI, va ricordato che giusta l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2, che prevede che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Se tale condizione non è soddisfatta, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller , Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86; Valterio , Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, pag. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 cpv. 1 LPGa si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C_916/2009 consid. 5.2; art. 41 vLAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi , Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffauer/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Nella DTF 141 V 9, al

considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; 9C_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2; STF 9C_378/ 2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.7. Nel caso di specie, l'assicurata ha inoltrato una prima domanda di prestazioni nel 2012 e una seconda nel 2013, oggetto del contendere. Per ogni domanda, l'Ufficio AI ha richiamato dai medici curanti la documentazione determinante e, unitamente ai referti prodotti dall'interessata, l'ha di volta in volta sottoposta al Servizio Medico Regionale per valutazione. Per quanto concerne la domanda qui in esame, la stessa è stata presentata dopo l'evento che il 3 maggio 2013 ha portato l'assicurata ad essere operata (capsulotomia e decompressione sottoacromiale) alla spalla destra e a essere inabile totalmente. Raccolta la documentazione medica interpellando i curanti, il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurata a una perizia pluridisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. Nel suo referto peritale del 31 agosto 2015 (doc. 73) il SAM ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome dolorosa residua alla spalla destra su periartropatia omeroscapolare tendinotica calcarea da luglio 2011; asportazione di una calcificazione e ricostruzione della cuffia dei rotatori su tendinite calcarea il 21 marzo 2012; capsulite retrattile; capsulotomia e decompressione sottoacromiale il 3 maggio 2013; probabile infezione low grade da staphylococcus capitis; capsulotomia adesiolisi, borsectomia, asportazione di un'ancoretta il 3 aprile 2014; terapia antibiotica; lieve atrofia generale della muscolatura della spalla destra da ridotta utilizzazione dell'arto superiore destro. Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti-persistente di lieve intensità (ICD-10; F43.23). Il dr. med. _____, FMH in neurologia, ha valutato nullo il grado di capacità lavorativa nell'attività esercitata da ultimo, mentre ha ritenuto che l'assicurata era in grado di svolgere un lavoro leggero e adatto durante 7 ore al giorno con un rendimento dell'80%. Come casalinga era inabile al lavoro al 20% a causa dei lavori pesanti e ripetitivi che non può svolgere. Il dr. med. _____, FMH in neurologia, non ha riscontrato patologie rilevanti e quindi ha ritenuto l'assicurata abile al 100%. La psichiatra, dr.ssa _____, ha visto l'interessata due volte e ha concluso che la condizione algica della spalla, che la limitava nella possibilità di essere attiva e con una presenza sintomatologica psichica quali impoverimento psichico accompagnato da una certa anestesia psichica, l'ansia, l'insonnia, il pessimismo, l'inibizione della carica vitale e dell'energia, comportava un'incapacità lavorativa del 30%. Dato il disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti-persistente di lieve entità, la capacità lavorativa in qualsiasi attività era del 70% e come casalinga del 100%. La valutazione medico-teorica globale della capacità lavorativa nell'attività di operaia presso il panificio era dunque dello 0% dal marzo 2012. Per quanto concerne la capacità lavorativa residua in altre attività, i periti hanno ritenuto che i vari gradi di incapacità fissati dai singoli esperti non dovevano essere sommati, ma integrati, in quanto le patologie che causavano una diminuzione della capacità lavorativa comportavano delle limitazioni funzionali che si sovrapponevano. Dal maggio 2015 era dunque esigibile un'attività adeguata durante 7 ore al giorno con rendimento dell'80%, da intendere come riduzione del tempo di lavoro e del rendimento. Come casalinga, la capacità lavorativa globale era dell'80%. Secondo il reumatologo, non v'erano possibilità terapeutiche per

migliorare lo stato di salute essendo in presenza di una sindrome da dolore cronico alla spalla destra, una riabilitazione attiva non avrebbe potuto essere svolta a causa dei dolori. Per la psichiatra, l'assicurata doveva continuare la presa a carico specialistica per la bilanciatura tra terapia farmacologica efficace e le problematiche epatiche, oltre che un sostegno psico-terapeutico per affrontare ciò che l'aspettava dal punto di vista somatico. Basandosi dunque su queste valutazioni peritali, il Servizio Medico Regionale, dr. med. _____, il 17 settembre 2015 (doc. 77) ha ritenuto l'assicurata totalmente inabile dal 21 marzo 2012 nella sua attività precedente e in altre adeguate, mentre dal 1° ottobre 2012 inabile al 50% in attività adeguate, dal 1° novembre 2012 inabile allo 0%, dal 5 aprile 2013 nuovamente incapacità al 100%, dall'ottobre 2014 al 50% e dalla perizia SAM, ossia dal maggio 2015, inabile al 20%, da intendersi come riduzione della presenza e riduzione del 20% del rendimento. L'assicurata poteva svolgere solo lavori molto leggeri e non ripetitivi. Il rendimento era ridotto sia dai dolori cronici alla spalla destra sia dai dolori notturni con conseguente sonno molto disturbato e non ristoratore. L'interessata aveva quindi bisogno di periodi di recupero durante il giorno e il rendimento era ridotto durante le ore di lavoro. Un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica è stata eseguita il 5 ottobre 2015 e nel suo rapporto del 15 seguente (doc. 78) l'assistente sociale ha concluso per un grado di invalidità del 22,5%. A seguito del progetto di decisione del 25 novembre 2015 (doc. 90) di attribuzione di una rendita di invalidità provvisoria (rendita intera dal 1° aprile 2014 e un quarto di rendita dal 1° febbraio 2015), l'assicurata ha prodotto all'Ufficio AI dei certificati medici da parte dei chirurghi ortopedici e del suo psichiatra, che sono stati sottoposti al vaglio del Servizio Accertamento Medico, il quale nel suo complemento del 22 febbraio 2016 (doc. 98) ha ribadito la validità delle perizie dei singoli specialisti. Dopo l'emanazione della decisione del 4 maggio 2016 (doc. 100) l'assicurata ha trasmesso all'amministrazione un referto del dr. med. _____, medico curante, un parere del dr. _____, chirurgo ortopedico che ha eseguito l'artro-IRM della spalla destra e il referto del dr. med. _____, suo psichiatra dal 2013, che ha certificato una sindrome depressiva di media gravità. La documentazione medica agli atti è stata quindi aggiornata e il 27 aprile 2017 (doc. 132) il dr. med. _____ dell'SMR ha ritenuto necessario effettuare una nuova perizia pluridisciplinare di decorso per valutare l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata dal 2015 in poi. I medesimi periti interpellati due anni prima hanno così rivalutato le condizioni di salute dell'interessata. La perizia è stata allestita l'8 novembre 2017 (doc. 139), dopo che il Servizio Accertamento Medico ha avuto modo di visitare l'assicurata i giorni 12 luglio, 2, 23 e 28 agosto 2017 per accertamenti pluridisciplinari ambulatoriali. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 2015 all'aprile 2017, il SAM ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali, la descrizione della giornata e la terapia. Nelle constatazioni obiettive il perito ha descritto lo status dell'assicurata, gli esiti degli esami di laboratorio effettuati il 12 luglio 2017 e degli esami radiologici del 28 agosto 2017. Il 10 agosto 2017 il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, ha sottoposto l'assicurata a una valutazione e nel suo rapporto del giorno seguente ha esposto l'anamnesi con le constatazioni soggettive dell'interessata (dolori alla spalla - che rispetto al maggio 2015 erano peggiorati - e al braccio destro) e lo stato neurologico (movimenti cervicali dolenti e limitati in tutte le direzioni senza irradiazione algica agli arti superiori, arti superiori con trofismo e tono muscolare normali, forza immediata normale al braccio destro, ma con un importante risparmio antalgico). Nelle sue conclusioni il perito ha osservato che già nel maggio 2015 l'assicurata presentava

soprattutto dolori alla spalla destra e vi erano cefalee. Da allora si è verificato un peggioramento soprattutto per quel che concerneva i dolori alla spalla destra, divenuti più costanti e limitanti. Anche in questa occasione a livello di spalla e braccio destro v'era un risparmio antalgico piuttosto importante sotto sforzo, ma non v'erano reperti oggettivi neurologici indicativi di una concomitante lesione delle strutture nervose associata ai dolori al braccio destro. Questi erano da valutare principalmente in ambito reumatologico. Le cefalee erano soggettivamente peggiorate, ma si inserivano ancora nell'ambito di una sindrome algica cronica cervicobrachiale e, di per sé, le cefalee non costituiscono motivo per un'incapacità lavorativa. Complessivamente, dunque, dal punto di vista neurologico non v'erano patologie determinanti un'incapacità lavorativa né v'erano proposte terapeutiche. Quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa il perito ha indicato dolori cronici alla spalla destra non imputabili a patologia neurologica; cefalee tensive con evoluzione cronica. L'assicurata era dunque abile al 100% e la prognosi favorevole. Il dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, ha visitato l'assicurata il 28 agosto 2017 e nel suo rapporto di pari data ha esposto l'anamnesi attuale, per sistemi, sociale, le limitazioni soggettive e lo status (internistico, neurologico, del rachide, delle articolazioni sacroiliache, delle spalle, delle anche e delle ginocchia). La diagnosi riprende quella posta nel 2015, a cui il perito ha aggiunto lieve atrofia generale della muscolatura della spalla destra da ridotta utilizzazione dell'arto superiore destro; reintervento di riparazione della cuffia dei rotatori il 16 settembre 2016; sonografia del 28 agosto 2017: nessuna atrofia muscolare, importante rimodellamento del tendine del sopraspinato (normale dopo chirurgia), non sicure lesioni transmurale; capsulite retrattile e impotenza funzionale. Nella valutazione, lo specialista ha fatto riferimento al suo precedente parere in cui aveva sconsigliato fortemente ulteriori interventi chirurgici. A suo dire, il piccolo passaggio di mezzo di contrasto attraverso il tendine già plurioperato non rappresentava una formale indicazione per un reintervento in presenza di una sindrome da dolore cronico con una componente somatoforme in primo piano e una possibile componente somatica, tanto più che l'assicurata aveva già sviluppato una capsulite retrattile in occasione degli altri interventi. Il reumatologo ha osservato che al momento della sua seconda valutazione era presente una situazione di dolore cronico e un fenomeno di amplificazione di sintomi di alto grado. Egli era convinto che l'interessata potesse fare di più rispetto a quello che diceva, avendo riscontrato una discordanza tra la prova delle funzioni complesse durante l'esame clinico e l'uso del braccio ad esempio nel dare la mano. Un altro elemento che parlava contro un'importante inattività della spalla era l'assenza di una rilevante atrofia sia clinicamente sia alla sonografia. A dire del perito, anche qualora una nuova artro-IRM avesse nuovamente mostrato un passaggio del mezzo di contrasto tra il compartimento articolare e lo spazio sottoacromiale, egli sconsigliava molto vivamente un nuovo intervento. Inoltre, una ulteriore presa a carico di questa situazione di dolore cronico doveva essere basata su misure conservative che implicassero anche un sostegno psichiatrico. L'assicurata presentava ancora una capsulite retrattile con una rotazione esterna passiva nettamente ridotta a destra. L'impotenza funzionale era solo in parte spiegata dai reperti clinici. Quanto alla capacità lavorativa, il lavoro di operaia non era più esigibile, mentre in attività adeguate faceva stato il precedente parere del 2015 fino al nuovo intervento del 16 settembre 2016. Dopo l'operazione, l'assicurata era totalmente inabile al lavoro per tre mesi poi progressivamente nuovamente abile al lavoro fino a raggiungere la situazione attuale dopo ulteriori 3 mesi (cioè a 6 mesi dall'intervento). A 6 mesi dall'intervento la capacità lavorativa corrispondeva a quella attuale. Non erano da prevedere cambiamenti di rilievo a

medio-lungo termine in presenza di una sindrome da dolore cronico. La diminuzione della capacità lavorativa era dovuta ai dolori e alla limitazione funzionale della spalla destra. L'interessata poteva svolgere lavori leggeri fino all'altezza delle spalle, lavori che non dovevano implicare l'uso della forza o sollecitazioni molto ripetitive della spalla stessa e dell'arto superiore destro dominante. Lavori sopra l'altezza delle spalle non potevano più essere svolti, così come lavori pesanti a mediamente pesanti. Il sollevamento e trasporto di pesi non doveva superare i 15kg vista la maggior fragilità di un tendine ricostruito a più riprese; fino all'altezza della vita l'assicurata poteva sovente maneggiare pesi fino a 9 kg. Le limitazioni funzionali erano in parte dovute al danno alla salute, ma in parte a fattori non assicurati. Non v'erano possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute; un piano di riabilitazione era possibile da un profilo reumatologico, così come effettuare provvedimenti di integrazione professionale o riformazione professionale. Lo stato di salute era invariato rispetto alla precedente perizia. Dall'ultimo intervento la situazione non era cambiata né dal punto di vista dell'interessata né da quello del reumatologo. Come in precedenza, era presente un notevole potenziale di integrazione professionale che avrebbe potuto essere valorizzato attraverso un riallenamento al lavoro. Come accertato nel 2015, l'assicurata era in grado di svolgere un'attività leggera e adatta e che tenesse conto delle limitazioni indicate. In tali circostanze, a partire da 6 mesi dopo l'ultimo intervento chirurgico essa era in grado di lavorare almeno 7 ore al giorno, ma con un rendimento dell'80% circa. Come casalinga era inabile al lavoro in misura del 20% a causa dei lavori più pesanti e ripetitivi che venivano delegati al marito. Il perito ha evidenziato un'importante discrepanza tra i sintomi e la valutazione clinica. L'amplificazione dei sintomi era di grado elevato. L'assicurata è stata peritata anche dal profilo psichico e la dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, l'ha visitata il 2 e il 23 agosto 2017 per la durata di 60 e 30 minuti. Riassunti nel rapporto dell'11 settembre 2017 i referti aventi valenza in ambito psichiatrico dal 2015 in poi, l'esperta ha esposto i dati clinici scaturiti dall'esame clinico secondo AMDP 8-System, in cui ha riportato l'anamnesi, il referto psichico reso sulla base di un periodo di valutazione di 15 giorni precedenti il primo colloquio e confermato nel secondo colloquio. La specialista ha comparato i sintomi tra la valutazione attuale e quella del maggio 2015, riscontrando un lieve disturbo della concentrazione, la difficoltà alla memorizzazione tipica della sindrome depressiva, mentre rispetto al consulto del 2015 per i disturbi formali del pensiero v'erano ancora ruminazioni mentali non ossessive di grado tra lieve e moderato. V'era inoltre un peggioramento dell'umore con deflessione del tono accompagnata da una perdita di speranza che rispetto a due anni prima era ulteriormente crollata specialmente dopo l'ultimo intervento del 2016. L'assicurata, con il passare del tempo, non vedendo un cambiamento positivo delle sue condizioni fisiche stava sempre peggio dal punto di vista psichico e ciò si manifestava con disforia, ossia umore cattivo, l'assicurata si era presentata maldisposta e critica nei confronti degli altri, scontenta e irritata, ciò che la portava a una chiusura verso gli altri con ritiro sociale piuttosto importante, che era peggiorato rispetto alla precedente valutazione peritale. Oggi l'assicurata era maggiormente irritabile e presentava un'inquietudine e una agitazione interiore; v'era un'inibizione della carica vitale e dell'energia che era evidente anche ai colloqui. Durante il giorno era permanente la condizione di " stare male psichico ", a cui si aggiungevano le tendenze suicide, cioè la presenza attualmente ancora di pensieri di tipo suicidario - come nel luglio 2016 con il tentativo farmacologico -, però frenata dal pensiero del nipotino e della figlia. Come due anni prima era presente la rabbia per la sua condizione che non sarà più quella della vita precedente. V'era un peggioramento nella fase di addormentamento e dei risvegli notturni

multipli determinati dalla presenza dei dolori, caratterizzati anche da pensieri negativi che aumentavano la sua disforia. Nel referto somatico il periodo di valutazione è stato anch'esso di 15 giorni prima il primo colloquio e confermato nel 2° colloquio. La perita ha riscontrato che per i disturbi degli impulsi v'era un peggioramento a carico del desiderio sessuale e la presenza di ansia somatica che andava ad aggiungersi all'ansia psichica soggettiva. Per valutare le conseguenze sulla capacità di lavoro, l'esperta ha paragonato il questionario con la descrizione delle risorse e deficit - secondo schema MINI ICF-APP del 2015 con quello attuale, non riscontrando un grado di disabilità nel rispetto delle regole e nell'assertività, mentre un grado di disabilità lieve nel giudizio e nelle relazioni intime, un grado di disabilità moderato nell'organizzazione dei compiti, nella flessibilità, nelle competenze, nella cura di sé e nella mobilità, un grado tra moderato e grave nella persistenza, nel contatto con gli altri e nelle attività con gli altri; infine, la disabilità era grave nella integrazione nel gruppo. Nell'anamnesi psicofarmacologica sono stati esposti i farmaci prescritti dallo psichiatra curante nel 2013 e nel 2016. La perita ha poi descritto le attività e le abitudini dell'assicurata, il trattamento psichiatrico attuale e le sue constatazioni, rilevando, in particolare, che rispetto al consulto di due anni prima v'era stato nell'ambito dell'esame obiettivo psichiatrico un peggioramento. In conclusione, la psichiatra ha ritrovato preoccupazioni riguardanti i sintomi fisici e la propria salute così intense da causare all'assicurata disagio/compromissione clinicamente significativi, che richiedevano chiaramente un'attenzione clinica. L'esperta ha spiegato i criteri per porre una diagnosi di disturbo da sintomi somatici e ha indicato che era inoltre presente il tipico quadro sintomatologico depressivo con un umore depresso con inibizione della carica vitale e dell'energia, irritabilità e inquietudine interiore e tra i sintomi depressivi più frequenti l'insonnia da risvegli multipli legati alla componente algica, questo accompagnato a ruminazioni mentali non ossessive, tipiche anche del disturbo somatoforme. Era pure presente una difficoltà alla concentrazione/attenzione. La dr.ssa med. _____ era concorde con il dr. med. _____ che, per il perdurare della condizione algica, l'aver sperato in una risoluzione del dolore dopo l'intervento alla spalla, ma la delusione dal risultato che non ha portato a un cambiamento, v'è stata una evoluzione del quadro depressivo "reattivo" in un conclamato disturbo depressivo maggiore, confermato anche dal tentativo di suicidio del luglio 2016 e dal quadro clinico che la perita ha ritrovato. La diagnosi posta era dunque di Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4) / Disturbi da sintomi somatici con dolore predominante moderato (DSM-V 330.82). Episodio depressivo di media gravità (ICD-10; F32.1) / Disturbo depressivo maggiore, episodio singolo, moderato, con ansia (DSM-V 296.22). Nell'ultimo lavoro di operaia la capacità lavorativa era del 50% come limitazione di rendimento. La psichiatra ha rilevato che dall'ultimo consulto la riduzione della capacità lavorativa si era evoluta, dove aveva valutato la capacità lavorativa psichiatrica nel 70% che, a suo avviso, si era mantenuta tale sino al terzo intervento alla spalla (settembre 2016), per poi ridursi, da allora, al valore attuale riscontrato del 50% in seguito alla delusione della mancata risoluzione del problema alla spalla, con la trasformazione di un disturbo dell'adattamento in un disturbo depressivo maggiore e l'insorgenza di un disturbo somatoforme. A medio-lungo termine, la prognosi era favorevole se l'assicurata veniva presa in carico anche dal profilo psicoterapeutico; si sarebbe potuto avere un miglioramento del quadro psicopatologico dopo quattro mesi di sedute di psicoterapia, una alla settimana, con una capacità lavorativa del 70%. Le possibilità terapeutiche che potevano migliorare lo stato di salute erano di seguire uno stile di vita corretto associato a una psicoterapia cognitiva comportamentale o EMDR. Inoltre,

vista la pregressa patologia epatica, al posto degli antidepressivi sarebbe stato meglio introdurre la vorioxetina e sospendere le benzodiazepine che danno dipendenza e incidono sulla memoria e la concentrazione e per l'assicurata erano poco efficaci. Erano possibili provvedimenti di integrazione professionale. L'assicurata era in grado di svolgere altre attività al 50%, che potevano risultare terapeutiche nel farla uscire dall'isolamento sociale e dalle ruminazioni mentali, con l'accortezza di avere pochi colleghi di lavoro e la possibilità di avere un lavoro di bassa responsabilità. Come casalinga, l'abilità era dell'80%, perché l'assicurata poteva stabilire i modi e i tempi delle attività. Il 7 novembre 2017 alle ore 14.50 i periti del Servizio Accertamento Medico e i dr. med. _____ e _____ hanno avuto modo di discutere del caso in teleconferenza in modo esaustivo. Alla luce delle consultazioni dei due specialisti, il SAM ha posto le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa stabilite dai singoli esperti. Nella valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività svolta, i periti hanno ritenuto che dalla precedente perizia medica del 31 agosto 2015 l'assicurata presentava una immutata capacità lavorativa nulla come operaia a causa delle patologie di tipo reumatologico e psichiatrico. La capacità lavorativa dell'assicurata in attività adeguate, tenendo conto sia delle limitazioni funzionali elencate dal perito reumatologo che l'aveva ritenuta in grado di lavorare almeno durante 7 ore al giorno con un rendimento dell'80%, sia della valutazione dal punto di vista psichiatrico secondo cui v'era una capacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività lucrativa fermo restando alcuni accorgimenti, non dovendo poi sommare, ma integrare, dette incapacità lavorative, da metà marzo 2017 (sei mesi dopo l'operazione) era esigibile in ragione di 7 ore al giorno con un rendimento del 50%, da intendere come riduzione del tempo di lavoro combinato con una riduzione del rendimento. Nella attività domestiche l'interessata era abile all'80% dal punto di vista medico-teorico globale. Sulla scorta di questa perizia pluridisciplinare, il 25 maggio 2018 (doc. 148) il dr. med. _____, attivo presso il Servizio Medico Regionale, nel rapporto finale SMR ha confermato le diagnosi stabilite dagli esperti del Servizio Accertamento Medico, così come i gradi di incapacità lavorativa e le limitazioni reumatologiche e psichiatriche, precisando essere, dal giorno dell'ultima operazione (16 settembre 2016), del 100% sia nell'attività precedente sia in attività adeguate e dal 15 marzo 2017 del 12,5% (7 ore con riduzione del rendimento del 50%) in attività adeguate. Il medico SMR ha osservato che v'è stato un temporaneo peggioramento dello stato di salute dell'assicurata dal 16 settembre 2016 a metà marzo 2017. Come casalinga, secondo i rapporti di inchiesta domiciliare, l'ultimo reso nel dicembre 2017, il grado di invalidità era del 22,5% dal marzo 2012 e del 24,5% dal 16 settembre 2016. A seguito del progetto di decisione del 26 luglio 2018, con cui l'Ufficio AI le ha attribuito dapprima tre quarti di rendita dal 1° aprile 2014 e poi, dal 1° luglio 2017, un quarto di rendita AI, l'assicurata ha prodotto i certificati del 19 aprile 2017 e del 22 agosto 2018 del medico curante dr. med. _____, FMH medicina interna e malattie infettive, così pure il parere del 16 agosto 2018 del dr. med. _____. Nel primo referto, il curante ha posto le diagnosi con e senza ripercussione sulla capacità lavorativa dell'interessata, rilevando che dopo l'operazione alla spalla del 2014 la problematica non è sostanzialmente migliorata e né l'infiltrazione del marzo 2016 né l'operazione al sovraspinato del settembre 2016 sono state risolutive, anche se quest'ultima sembrava avere migliorato leggermente la situazione, ma permaneva una sindrome algica e una diminuita mobilità articolare, dove l'uso della spalla era estremamente limitato. L'epatopatia è stata trattata e al momento era silente. Quanto all'infezione alla spalla, la terapia antibiotica è stata sospesa nel 2014 e non è apparsa una recrudescenza della sintomatologia infettiva,

perciò egli ha escluso una causa infettiva a giustificazione dei dolori. Era plausibile una causa verosimilmente meccanico-ortopedica. Nel suo secondo referto di oltre un anno dopo, nella sua visita l'internista ha trovato una paziente con umore altamente deflesso, incline al pianto, sintomatologia da riferire a una esacerbazione depressiva verosimilmente multifattoriale, per la quale era in cura dallo specialista. Altre patologie con ripercussione sulla vita quotidiana erano la problematica dolorosa alla spalla destra più volte operata e la sindrome cervico-brachiale destra. Per tali patologie assumeva dei farmaci antidolorifici maggiori. V'era inoltre l'epatopatia autoimmune tuttora in trattamento. Per la sindrome depressiva e somatica, il curante ha giudicato che l'interessata era tuttora inabile al lavoro in maniera completa. Lo psichiatra durante, dr. med. _____, il 16 agosto 2018 ha riferito di avere in cura l'assicurata dal 13 luglio 2013 e che la sua situazione psichica si era aggravata negli ultimi mesi, in particolare attraverso una riesacerbazione dei suoi sintomi depressivi: era fortemente depressa, molto ansiosa, scoraggiata, presentava un pessimismo generale in particolar modo dopo avere ricevuto il progetto di decisione dell'AI. Era totalmente inabile al lavoro, non essendo in grado di svolgere nemmeno un'attività leggera. La diagnosi era di sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di gravità media (ICD-10; F33.1), con un'evoluzione piuttosto negativa. Il curante ha osservato che negli ultimi anni la situazione psichica dell'assicurata continuava a peggiorare e prima, a causa dell'epatopatia, non poteva assumere farmaci antidepressivi importanti, perciò ha fatto ancora più fatica a sopportare la situazione. Inoltre, la problematica alla spalla non migliorava e tutto l'insieme di queste problematiche ha sicuramente avuto un'influenza negativa sulla persistenza dei sintomi depressivi. Già da diversi mesi lo psichiatra ha provato a modificare la psicofarmacoterapia e ad adattare la cura al suo stato psichico, ma non ha avuto grandi risultati. Malgrado l'interessata fosse seguita regolarmente con colloqui di sostegno, la sua situazione rimaneva comunque critica. Su invito dell'SMR (doc. 161), il 5 novembre 2018 (doc. 167) il Servizio Accertamento Medico si è pronunciato su questi tre referti medici attraverso gli specialisti già interpellati. In particolare, il reumatologo ha affermato che detti rapporti non riguardavano elementi nuovi in ambito reumatologico e perciò non cambiavano la sua valutazione. Il neurologo ha osservato come dai due certificati del dr. med. _____ e da quello dello psichiatra curante non siano emersi particolari nuovi aspetti concernenti eventuali problematiche neurologiche. La dr.ssa _____ ha rilevato che la diagnosi dello psichiatra curante divergeva da quella da lei posta nel suo ultimo consulto dell'11 settembre 2017 di un episodio depressivo di media gravità (ICD-10; F32.1) associata ad un disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4). Questa sua diagnosi descriveva un peggioramento che ha riscontrato rispetto alla sua valutazione del 2015: da una capacità lavorativa del 70% a una del 50% dal terzo intervento alla spalla (16 settembre 2016). Per l'esperta, la sua diagnosi non si discostava, per quanto riguardava la gravità, da quella formulata dal dr. med. _____ di sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di gravità media (ICD-10; F33.1), di cui la caratteristica differenziale era solo quella di ripetuti episodi di depressione, in cui l'episodio in atto era di moderata gravità, identico a un F32.1, cioè all'episodio depressivo di media gravità da lei diagnosticato. Inoltre, non v'era nessuna differenza dal punto di vista sintomatologico. La specialista ha poi messo in dubbio la terapia farmacologica prescritta dal curante visto che non aveva dato risultati efficaci, riproponendo il progetto terapeutico che lei aveva suggerito nel suo rapporto peritale di un anno prima. Sulla base delle prese di posizione dei consulenti, il SAM ha affermato che la nuova documentazione non apportava elementi tali da modificare le conclusioni della perizia medica dell'8 novembre 2017. Alla

luce di queste prese di posizione, anche il dr. _____ ha confermato il suo rapporto finale del 25 maggio 2018 (doc. 168). Prima dell'emanazione della decisione del 24 gennaio 2019 l'assicurata ha trasmesso all'Ufficio AI il sommario del 13 novembre 2018 delle consultazioni avute con il dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, il quale ha posto la diagnosi permanente di sindrome cervicobrachiale destra su probabile stenosi foraminale destra e discopatia C5-C6 con osteocondrosi delle limitanti adiacenti e riduzione dello spazio intersomatico e la diagnosi di esito da 4 interventi alla spalla destra, l'ultimo con asportazione della capsula. Nella sua ultima visita di controllo del 18 settembre 2018 il chirurgo ha rilevato che i dolori erano gestibili anche se presenti on/off tutti i giorni. L'assicurata era stata valutata anche dal neurocentro senza riscontrare anomalie o deficit anche con esame di EMG. Egli ha quindi spiegato alla paziente che, a suo dire, le anomalie restavano nella norma e non presentavano un vero conflitto radicolare. Non sussisteva sicuramente un'indicazione chirurgica, perciò essa avrebbe valutato terapie alternative. L'SMR si è espresso il 20 dicembre 2018 (doc. 175) rilevando che non emergeva alcuna nuova patologia influente sulla capacità lavorativa dell'assicurata che non fosse già stata constatata e valutata, perciò riconfermava il rapporto del 2018. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto tre nuovi referti. Il primo è stato allestito l'11 febbraio 2019 (doc. B) dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale ha ribadito che l'interessata soffriva di una sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di gravità media (ICD-10; F33.1) che era stata diagnosticata già da diverso tempo. I sintomi e i disturbi descritti in precedenza permanevano tuttora, causando un'inabilità lavorativa nella misura completa da diverso tempo. Lo psichiatra ha osservato che l'assicurata era seguita anche dal dr. _____ e da altri specialisti a causa della problematica alla spalla e di vari altri disturbi organici che le causavano un malessere fisico importante. Per quanto concerne l'evoluzione della patologia depressiva, il curante ha evidenziato che malgrado fosse regolarmente seguita presso il suo studio medico e fosse al beneficio di una farmacoterapia importante, che nelle ultime settimane ha cercato di intensificare specialmente con il dosaggio del farmaco antidepressivo, la situazione psichica dell'assicurata non accennava a migliorare, essa era sofferente, con un umore depressivo, stati d'ansia, angoscia, disturbi del sonno, rallentamento psicomotorio e durante gli ultimi colloqui piangeva in continuazione. Con la ricezione della decisione AI l'interessata soffriva ancora enormemente, visto che si sentiva incompresa, il suo malessere non era preso seriamente in considerazione dall'Ufficio AI e tutto ciò ha fatto peggiorare la situazione. Lo psichiatra ha concluso di continuare a prescrivere determinati psicofarmaci per evitare un ulteriore peggioramento, ma ormai la situazione era da considerare cronica ed egli non credeva che potesse migliorare a breve medio termine; la prognosi a medio lungo termine rimaneva sfavorevole. Il sommario delle consultazioni del 19 febbraio 2019 (doc. C) indica che il dr. med. _____ ha rivisto l'assicurata per un controllo il 23 gennaio 2019. In quell'occasione, il chirurgo ha annotato che il dolore era invariato anche dopo trattamento infiltrativo e, come spiegato alla paziente, allo stato attuale un intervento chirurgico non poteva migliorare la situazione, non avendo una chiara compressione radicolare. Egli le ha suggerito di chiedere al Centro del dolore se potevano prenderla in cura. Il 21 febbraio 2019 (doc. D) il dr. med. _____, FMH in medicina interna e malattie infettive, ha riferito di avere rivisto la paziente un mese prima e ha confermato la presenza sia dell'importante sindrome depressiva in cura specialistica dal dr. med. _____, sia della problematica dolorosa cervicale e cinto scapolare con brachialgia a destra, tuttora necessitante di trattamento con derivati oppiacei. Per tale patologia l'assicurata era in cura dai dr. med.

_____ e _____. A suo avviso, queste patologie costituivano sempre una causa di incapacità lavorativa maggiore. Per l'epatite autoimmune, per la quale era ancora in terapia, la situazione rimaneva stabile e non comportava un'incapacità lavorativa, ma era naturalmente concausa di ansietà, visto che la prognosi di un'epatite autoimmune è difficilmente preventivabile. Pendente causa, il 12 marzo 2019 (doc. VII/1) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale si è pronunciato su questi tre certificati, osservando che la diagnosi posta dal dr. med. _____ era la stessa psicopatologia citata nei suoi precedenti formulari medici inviati all'AI ed ampiamente valutata dalla perizia psichiatrica della dr.ssa _____ l'11 settembre 2017. Anche la patologia rispettivamente sindrome cervicobrachiale destra rilevata dal dr. med. _____ era una patologia già conosciuta e valutata il 9 novembre 2017 dal neurologo dr. med. _____ come non influente sulla capacità lavorativa. Infine, l'epatite autoimmune è stata certificata come non invalidante dallo stesso medico curante. Pertanto, in assenza di comprovate nuove patologie invalidanti, l'SMR ha confermato il suo rapporto medico del 25 maggio 2018. 2.8. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 (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-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (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; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze

specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha

precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che 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, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.9. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98).

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

rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...). Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). 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. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.10. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione. A seguito delle domande di prestazioni del 2012 e del 2013, l'Ufficio AI ha debitamente interpellato i medici curanti dell'assicurata e ha trasmesso i referti medici raccolti al Servizio Medico Regionale, il quale ha ritenuto necessario sottoporla a una perizia specialistica in ambito psichiatrico, reumatologico e neurologico, compito che è stato eseguito nel 2015. Dopodiché, alla luce di altri pareri medici e dell'intervento chirurgico del settembre 2016, il medico SMR ha ritenuto opportuno aggiornare la situazione, perciò i periti che già avevano valutato l'assicurata nel maggio 2015 l'hanno

rivista nell'agosto 2017, confermando sostanzialmente nel novembre 2017 lo stato di salute precedentemente riscontrato (abile per 7 ore al giorno in un lavoro leggero e adatto con rendimento dell'80% dal profilo reumatologico), fatto salvo un peggioramento dal profilo psichico (da abile al 70% al 50%), ciò che ha portato a ritenerla globalmente come capace di svolgere un'attività adeguata durante 7 ore al giorno, ma con rendimento del 50%. I nuovi referti medici specialistici indaganti le condizioni di salute dell'assicurata sul piano somatico e psichiatrico, prodotti con le osservazioni al progetto di decisione, sono stati valutati nel novembre 2018 dai medesimi periti del SAM e poi dal Servizio Medico Regionale, il quale ha pure esaminato i successivi referti degli stessi chirurgo ortopedico, psichiatra e medico curante prodotti nel 2019 con il ricorso. Per quanto concerne l'aspetto somatico, i periti del Servizio Accertamento Medico hanno avuto modo di esaminare l'assicurata mediante esami di laboratorio e radiologici agli atti, oltre che dal profilo neurologico e reumatologico. Essi si sono basati sulla documentazione medica risalente al 2015 fino ad arrivare ai giorni in cui hanno valutato di persona la ricorrente nell'agosto 2017, mentre per il periodo precedente si sono fondati sugli atti dal 2012 fino alla valutazione del maggio 2015. Dall'esame diretto dell'interessata è emerso, da parte del dr. med. _____, FMH in neurologia, un risparmio antalgico piuttosto importante sotto sforzo a livello della spalla e del braccio destro. Non v'erano però reperti oggettivi neurologici indicativi di una concomitante lesione delle strutture nervose associata ai dolori al braccio destro, che andavano indagati in ambito reumatologico. Le cefalee erano di tipo tensivo, eventualmente come diagnosi differenziale da considerare anche cefalee cervicogene, che soggettivamente erano peggiorate, ma che si inserivano nell'ambito di una sindrome algica cronica cervicobrachiale e, di per sé, le cefalee non costituiscono motivo per un'incapacità lavorativa. Pertanto, per il neurologo non v'erano patologie determinanti un'incapacità lavorativa né proposte terapeutiche. Egli ha confermato tale conclusione nel complemento peritale del 5 novembre 2018, non essendovi motivi medici di modifica. In occasione della nuova perizia avvenuta nell'estate 2017 il dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, ha rivisto anch'egli l'assicurata a distanza di due anni dalla prima valutazione peritale. Durante la seconda valutazione lo specialista ha esposto nel dettaglio lo stato clinico reumatologico, le diagnosi di sua competenza e il decorso delle affezioni individuate, come pure ha precisato i limiti funzionali e di carico esigibili. Dopo avere criticato l'esecuzione di un terzo intervento alla spalla destra nel settembre 2016, il reumatologo ha osservato di essere di fronte a una situazione di dolore cronico e a un fenomeno di amplificazione di sintomi di alto grado, sia per l'uso del braccio fatto dall'assicurata durante la visita peritale, sia perché non si era in presenza di un'atrofia - né clinicamente né alla sonografia - dovuta a una rilevante inattività della spalla. D'avviso del perito, l'ulteriore presa a carico di questa situazione di dolore cronico doveva essere basata non su un nuovo intervento chirurgico, ma su misure conservative che implicassero anche un sostegno psichiatrico. Inoltre, l'impotenza funzionale era solo in parte spiegata dai reperti clinici. Egli ha quindi, come nel 2015, valutato la capacità lavorativa dell'assicurata come nulla nell'ultima attività, mentre in un'attività adatta allo stato di salute, dopo sei mesi dalla terza operazione e quindi da metà marzo 2017, come di almeno 7 ore al giorno con rendimento dell'80% e quale casalinga dell'80%. I referti medici prodotti successivamente dall'interessata non riguardavano elementi nuovi in ambito reumatologico, perciò nel complemento peritale del 5 novembre 2018 l'esperto non ha mutato la sua valutazione, che è stata dunque ripresa dal Servizio Medico Regionale nel suo scritto dell'8 novembre 2018, che confermava il suo rapporto finale SMR del 25 maggio 2018. Il dr. med. _____

dell'SMR non ha modificato la sua presa di posizione nemmeno dopo avere esaminato i nuovi rapporti medici prodotti dall'assicurata con il ricorso. Infatti, nella sua annotazione del 12 marzo 2019 egli ha vagliato con attenzione i certificati del 2019 dei dr. med. _____, _____ e _____ e, per quanto attiene all'aspetto somatico, ha riferito che la patologia e la sindrome cervicobrachiale destra citate dal chirurgo ortopedico erano conosciute in passato ed erano già state valutate nell'ambito dei mandati peritali e il neurologo dr. med. _____ non aveva ritenuto aventi influsso sulla capacità lavorativa. Questi referti, quindi, non aggiungevano nulla di nuovo alla situazione che era già stata vagliata dal SAM. Il TCA rileva, inoltre, che il più recente parere del dr. med. _____ non aggiunge elementi nuovi al caso, visto che si limita ad indicare che l'infiltrazione non ha apportato dei miglioramenti dal profilo dei dolori lamentati dall'assicurata e che le consigliava dunque di rivolgersi al Centro del dolore, suggerimento di cui, però, non è comunque noto se sia stato messo in pratica e, se del caso, quali esiti abbia dato. Infine, la problematica dell'epatite autoimmune, come indicato dallo stesso medico curante dr. _____, non dava luogo come tale ad una incapacità lavorativa, seppure fosse lecito che desse delle preoccupazioni e delle ansie all'interessata. Quanto alla questione psichica, la dr.ssa med. _____ ha avuto due colloqui con l'interessata, al termine dei quali ha riscontrato una caratteristica depressiva sia nel fattore formale sia sostanziale, che ha portato a un peggioramento della capacità lavorativa psichiatrica dopo il consulto del 16 luglio 2015, in cui essa l'aveva stabilita nel 70% e che si è mantenuta fino al terzo intervento alla spalla destra del 16 settembre 2016. Dopodiché, non avendo ottenuto alcun miglioramento da questa ennesima operazione chirurgica, la delusione dell'assicurata sulla mancata risoluzione del problema alla spalla è andata aumentando e con essa il disturbo dell'adattamento individuato nel 2015 si è trasformato in un disturbo depressivo maggiore e nell'insorgenza di un disturbo somatoforme. In tal senso, quindi, la perita concordava con il collega _____ secondo cui, per avere inutilmente sperato nella risoluzione del dolore dopo l'intervento alla spalla, v'è stata un'evoluzione del quadro depressivo reattivo in un conclamato disturbo depressivo maggiore, confermato anche dal tentamen del luglio 2016. Come lo psichiatra curante, dunque, anche l'esperta del SAM ha individuato un episodio depressivo di gravità media, che essa ha qualificato come ICD-10; F32.1, mentre il dr. med. _____ ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di media gravità (ICD-10; F33.1). È la stessa perita psichiatra a spiegare il parallelismo fra queste due diagnosi, affermando che " La mia diagnosi non si discosta, per quanto riguarda la gravità, da quella formulata dal dr. _____, quale di una sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di gravità media (ICD-10 F.33.1) di cui la caratteristica differenziale è solo quella di ripetuti episodi di depressione, in cui l'episodio in atto è di moderata gravità, identico ad un F.32.1, cioè all'episodio depressivo di media gravità come da me diagnosticato. Peraltro non vi è nessuna differenza dal punto di vista sintomatologico, del quadro da me descritto. " (doc. 167 pag. 2 e 3). Essa ha criticato l'approccio farmacologico e psicoterapeutico adottato dallo psichiatra curante, il quale non avrebbe scelto l'approccio migliore per curare la condizione psicopatologica dell'assicurata che, pertanto, si è mantenuta ed è a causa della quale che la dr.ssa med. _____ aveva individuato nel 2017 un'incapacità lavorativa psichiatrica del 50% che, visto il quadro descritto dallo psichiatra curante, " esattamente sovrapponibile a quello da me ritrovato " (doc. 167 pag. 3), essa ha ora confermato. Sempre confrontandosi con l'opinione dello specialista che dal 2013 ha in cura l'assicurata, l'esperta del SAM ha concluso il suo complemento peritale affermando che " non ho ritrovato elementi di reale novità, ma mi

posso permettere di pensare ad una non sufficiente presa in carico psichiatrica/psicoterapeutica, ed in tal senso, mi appare difficile sostenere, qualsiasi modifica della mia posizione di allora, se non un rammarico per una carente presa in carico psichiatrico. " (doc. 167 pag. 3). Anche alla luce del citato parere specialistico in ambito psichiatrico, l'8 novembre 2018 il dr. _____ ha confermato le sue conclusioni tratte nel rapporto finale del 25 maggio 2018, e meglio di un disturbo somatoforme da dolore persistente e di un episodio depressivo di media gravità. L'ultimo referto del dr. med. _____, datato 11 febbraio 2019, non ha modificato le conclusioni del Servizio Medico Regionale, visto che lo psichiatra ha posto nuovamente come diagnosi una sindrome depressiva di gravità media, che già aveva menzionato nei suoi precedenti certificati e che era stata esaminata dalla dr.ssa _____ nella perizia dell'estate 2017. Non solo. Infatti, la specialista si era già pronunciata al riguardo anche nel complemento peritale del 22 febbraio 2016, spiegando nel dettaglio i motivi per cui, a quel momento, essa non concordava con la diagnosi posta dal collega. Inoltre, la scrivente Corte rileva come quest'ultimo referto dello psichiatra curante non si confronti con le dettagliate spiegazioni fornite dalla perita nei suoi rapporti allestiti l'8 novembre 2017 e il 5 novembre 2018. Egli si è infatti limitato ad indicare che la ricorrente era regolarmente seguita presso il suo studio medico - ma senza precisare la frequenza e il tipo delle sedute - ed era al beneficio di una psicofarmacoterapia importante che aveva cercato di intensificare nelle ultime settimane senza però ottenere successo, visto che l'assicurata era sempre sofferente, con umore depresso, stati d'ansia, angoscia, disturbi del sonno, rallentamento psicomotorio e crisi di pianto durante i colloqui. Il dr. _____ non ha però messo in dubbio, specificatamente, le risultanze della perizia della collega, ma si è limitato a descrivere degli stati che, peraltro, anche la perita aveva riscontrato. In altre parole, il referto prodotto con il ricorso non si confronta sufficientemente con le chiare e complete argomentazioni esposte dalla dr.ssa _____ sia nel rapporto peritale sia nel suo complemento di un anno dopo. Quest'ultima ha riconosciuto esserci stato un peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente dalla sua valutazione del 2015 a quella del 2017 - e 2018 -, ma non comunque al punto tale da ammettere una totale incapacità lavorativa, visto che, se aiutata efficacemente, l'interessata poteva evolvere verso un miglioramento delle condizioni psicopatologiche. Certo, la cronicizzazione della situazione dopo un anno e mezzo dalla valutazione peritale sembrerebbe indicare che le terapie messe in atto, psicofarmacologiche e psicoterapeutiche, non abbiano dato i risultati sperati dall'esperta. Ma un eventuale peggioramento posteriore all'emanazione della decisione impugnata non va comunque esaminato ora dal TCA, non essendo l'oggetto del contendere che è delimitato dal profilo temporale dalla decisione impugnata (DTF 129 V 1 consid. 1.2, DTF 132 V 215), ma darà semmai luogo a una domanda di revisione all'Ufficio AI. D'avviso della scrivente Corte, i periti del Servizio Accertamento Medico hanno dunque esaminato attentamente le condizioni di salute dell'assicurata sia dal profilo somatico sia psichico, vagliandone l'anamnesi, tenendo conto dei dati soggettivi e dei riscontri oggettivi emersi dall'esame clinico che essi hanno effettuato di persona sulla ricorrente e paragonandone i risultati ottenuti nel 2017 con quelli riscontrati nel 2015 e quindi verificando dettagliatamente se v'erano state delle modifiche importanti sia a favore sia a sfavore del suo stato di salute. Il dr. med. _____ ha confermato integralmente il parere dei periti reumatologo, neurologo e psichiatra sia nel suo rapporto finale SMR del 25 maggio 2018 sia nel suo successivo dell'8 novembre 2018 e in corso di causa del 12 marzo 2019. Alla luce di tutte queste considerazioni vanno quindi confermate le conclusioni mediche a cui è giunto il Servizio Accertamento Medico l'8

novembre 2017 e il 5 novembre 2018 e che sono poi state corroborate, come visto, dal Servizio Medico Regionale. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurata, così come da essa richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una "perizia super partes". La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). In virtù delle considerazioni esposte riguardanti l'aspetto medico, emerge pertanto che la capacità lavorativa della ricorrente è peggiorata dalla prima valutazione peritale del 2015 a quella avvenuta nell'estate 2017 da parte degli stessi medici specialisti intervenuti già due anni prima. Per ciò che concerne il periodo in esame, il medico del Servizio Medico Regionale ha stabilito che l'assicurata, dall'intervento alla spalla in poi, era inabile al 100% come operaia e in attività adeguate. Tuttavia, trascorsi sei mesi dal 16 settembre 2016, quindi dal 15 marzo 2017, in attività adatte al suo stato di salute la ricorrente era abile per 7 ore al giorno, ossia era incapace al lavoro in ragione del 12,5%, ma con riduzione del rendimento del 50% per motivi psichici. Nelle attività domestiche come casalinga, i periti hanno ritenuto la ricorrente abile dal punto di vista medico-teorico globale nella misura dell'80%. Peraltro, questa percentuale corrisponde sostanzialmente al grado di invalidità del 22,5% rispettivamente del 24,5% stabilito dall'assistente sociale nelle due inchieste domiciliari effettuate nel 2015 e nel 2017. I gradi di inabilità lavorativa così determinati vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di operaia quanto in attività adeguate e pure nelle mansioni consuete come casalinga. Non è data quindi un'incapacità lavorativa totale. 2.11. Per quanto concerne l'aspetto economico, poiché esso non è stato contestato come tale dall'assicurata (che ha preteso che, sulla base della sua incapacità lavorativa che a suo dire è peggiorata nel tempo ed è totale, dovrebbe esserle riconosciuta una rendita intera di invalidità dopo la valutazione peritale del 2017), così come non sono stati messi in dubbio i gradi di impedimento nello svolgimento delle mansioni consuete accertate dall'assistente sociale nel dicembre 2017 - in cui è stato proposto un peggioramento del 10% negli impedimenti nel lavare, stendere, stirare, cucire -, ciò porta il TCA a non verificare oltre il grado di invalidità stabilito dall'Ufficio AI nel 2019. Va dunque confermato che tre mesi dopo il miglioramento post intervento alla spalla destra, quindi dal 1° luglio 2017, la ricorrente ha diritto a un quarto di rendita (grado AI 42%). 2.12. In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di concessione del diritto a un quarto di rendita dal 1° luglio 2017. I periodi precedenti di attribuzione di un diritto alla rendita, come detto, non sono stati contestati dalla ricorrente.

2.13. 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 messe a carico della ricorrente.

2.14. Quest'ultima ha tuttavia chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria facendo valere la sua indigenza essendo al beneficio delle prestazioni complementari all'AI. Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, la ricorrente non ha apportato dei certificati medici atti a contrastare le conclusioni tratte dai periti reumatologo, neurologo e psichiatra e confermate a più riprese dal Servizio Medico Regionale, ma si è limitata a proporre delle attestazioni il cui contenuto era già stato sostanzialmente presentato in corso della procedura amministrativa e che quindi sia gli esperti nominati dall'Ufficio AI sia il dr. med. _____ avevano già vagliato nel dettaglio e non le avevano ritenute giustificanti un'inabilità lavorativa totale. Le sue condizioni di salute, come esaminato e valutato dai tre periti, erano in effetti tali da potere svolgere all'87,5%

ancora una qualsiasi attività lucrativa adeguata leggera che rispettasse le limitazioni fisiche e psichiche indicate, fermo restando una riduzione del rendimento del 50%. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria deve essere così respinta.

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