

TI_GERICHTE 32.2007.299 vom 16. August 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-08-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.299

FR: TI_GERICHTE 32.2007.299 du 16 août 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.299 del 16 agosto 2007

Regeste

Rendita per periodo limitato

Erwägungen

E. 14

aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). A sua volta l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art.

E. 17

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). 2.5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi

almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.6. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136; Valterio, op. cit, pag. 199). A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle

versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " Per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità." L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; J.L. Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, pag. 458; A. Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139; Valterio, op. cit. pag. 211). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro. 2.7. 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. 28 cpv. 2ter LAI (cfr. di seguito l'art. 27bis cpv. 1 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003) secondo cui " Qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGGA. Se inoltre svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2bis. In tal caso, occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti." Giusta l'art. 27bis cpv. 2 OAI (cfr. art. 27bis cpv. 2 OAI nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2003) " Quando si possa presumere che gli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge, senza soffrire di un danno alla salute, eserciterebbero al momento dell'esame del loro diritto alla rendita un'attività lucrativa a tempo pieno, l'invalidità è valutata esclusivamente secondo i principi validi per le persone esercitanti un'attività lucrativa." 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. Resta da precisare che al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, BG über

die IV, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pagg. 190s). 2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é 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 del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." 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 del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

2.9. Nel caso concreto emerge che una prima richiesta di prestazioni inoltrata dall'assicurata nell'aprile 2005 era stata respinta dall'Ufficio AI mediante provvedimento su opposizione del 13 giugno 2006 con le seguenti motivazioni: " (...) 5. Nel caso in questione, come visto, l'assicurata ha contestato la valutazione medica. A seguito delle osservazioni e del certificato medico presentati in sede di opposizione il dossier è stato nuovamente sottoposto al vaglio del Servizio medico regionale AI (SMR). Il medico SMR, in una nota del 5 gennaio 2006, ha indicato che il Dr. _____ nel nuovo certificato ribadisce la presenza di disturbi a carico delle ginocchia e del rachide, ai quali si aggiungono, dal novembre 2005, disturbi ai piedi. Non sono però stati effettuati esami clinici o paraclinici. Dal punto di vista reumatologico il caso è esaurientemente documentato tramite rapporto del Dr. _____ del 18 aprile 2005. Il medico specialista riassume la situazione esposta nei vari rapporti al medico curante. Viene attestata una diminuzione della capacità lavorativa non oltre il 30-40%. Dal punto di vista psichiatrico il Dr. _____ attesta una limitazione della capacità lavorativa pari al 25-30%. Già in precedenza il medico SMR aveva potuto indicare che le percentuali di incapacità lavorativa attestate a livello reumatologico e psichiatrico non sono cumulative e che globalmente la

limitazione del rendimento é quantificabile in misura del 35%. In definitiva il medico SMR ha potuto indicare che la documentazione presentata in sede di opposizione ha messo in luce l'assenza di elementi particolari atti ad imporre all'amministrazione una valutazione diversa rispetto alla situazione clinica già apprezzata antecedentemente in modo approfondito. Si conferma quindi che la signora RI 1 è da ritenere abile al lavoro e al guadagno in misura del 65% nell'attività precedentemente esercitata, per cui la decisione impugnata appare corretta e merita pertanto conferma." (Doc. AI 28-3+4) In seguito l'amministrazione è entrata nel merito della nuova domanda di prestazioni, del 10 luglio 2006, sulla base delle allegazioni del medico curante dell'assicurata, dr. _____, medico generalista che aveva sollecitato una nuova valutazione medica (doc. AI 29 e 31). Dalla decisione impugnata (doc. AI 49), emerge che l'Ufficio AI ha negato all'interessata il diritto ad una rendita di invalidità dopo il 30 giugno 2007, facendo essenzialmente capo alle certificazioni del dr. _____, il quale ha stabilito che a far tempo dal mese di aprile 2007 l'assicurata aveva ripreso una capacità lavorativa piena nella sua precedente attività di impiegata o in altre attività leggere adeguate, rispettose dei limiti funzionali posti dallo specialista (cf. consid. 1.2). Nel suo rapporto medico dell'11 luglio 2006 il dr. _____ certificava tra l'altro quanto segue: " La persona menzionata è stata da me certificata inabile al lavoro al 100% quale impiegata d'ufficio dal 12.5.2004 al 31.5.2006 e al 50% dal 1.6.2006 al 30.6.2006. Purtroppo ho dovuto di nuovo certificarla inabile al lavoro al 100% a partire dal 1.7.2006 a tempo indeterminato in quanto alla prova dei fatti una ripresa parziale dell'attività lavorativa ha dimostrato che la sig.ra RI 1 non è ancora in grado di lavorare. La limitazione della sua capacità lavorativa da almeno un anno a questa parte è da attribuire in misura preponderante (oltre l'80%) alle sue patologie di natura ortopedica ed in minima parte (meno del 20%) ad un moderato stato depressivo reattivo con turbe del sonno; l'insistente cefalea atipica segnalata in precedenti rapporti A.I. sembra molto migliorata. Il decorso sul piano ortopedico è stato il seguente: ginocchio destro : a partire dal mese di aprile 2005 i dolori del ginocchio destro, interessato da una grave artrosi tricompartmentale, sono peggiorati al punto da rendere molto dolorosi non solo gli spostamenti sulle scale, ma anche la deambulazione in piano; in particolare alzarsi dalla sedia per cominciare a camminare anche per piccoli tratti è diventato un atto difficile a causa dell'intensità dei dolori; per questo a partire dal mese di maggio 2005 ho introdotto in terapia, oltre a paracetamolo e FANS, un oppiaceo (tramadolo); non bastando il primo oppiaceo, a partire dal mese di giugno 2006 ne ho prescritto uno più forte (fentanilè transdermico); il 13.7.2005 la sig.ra RI 1 è stata operata-artroscopicamente al ginocchio destro dal Dott. _____ all'_____ di _____ di sbrigliamento meniscale mediale, sbrigliamento cartilagineo femorale laterale e sinoviectomia anteriore; in seguito i dolori del ginocchio destro sono rimasti persistenti e necessitavano una terapia di fondo regolare con fentanilè transdermico e riserve di paracetamolo e tramadolo; all'inizio del 2006 la gonalgia destra è diventata ancora più marcata, riducendo ulteriormente le possibilità deambulatorie della paziente assieme ai problemi dei piedi e del ginocchio sinistro (v. sotto); ho quindi indirizzato la sig.ra RI 1 al Dott. _____ all'_____ di _____, che ha realizzato un intervento di artroplastica totale del ginocchio destro in data 12.5.2006; il decorso per il ginocchio in questione è stato positivo in quanto i dolori si sono fortemente ridotti e la paziente, impaziente di ricominciare il suo lavoro d'impiegata, ha provato a mettersi alla prova eseguendo a domicilio alcuni lavori d'ufficio a partire dal 1.6.2006 (v. sopra); purtroppo ha dovuto arrendersi a forti dolori del ginocchio sinistro e dei piedi, prevalentemente a destra, che ora sono passati in primo piano e limitano in misura

notevole la sua autonomia deambulatoria; ginocchio sinistro : dolente quanto il destro prima dell'artroplastica a causa dello stesso problema di grave artrosi tricompartmentale; probabilmente si procederà ad un'artroplastica totale del ginocchio destro nel corso dell'autunno 2006 (il Dott. _____ aspetta che io torni ad indirizzargli la paziente); piedi : sono diffusamente dolenti bilateralmente, in modo più marcato a destra a livello delle articolazioni terzo/metatarsali e dell'avampiede; si tratta di dolori d'origine statico degenerativa, per i quali abbiamo per il momento rinunciato a trattamenti conservativi (plantari ortopedici) o chirurgici in quanto ritengo prioritario migliorare il problema del ginocchio sinistro. Per altro sono persistenti dei problemi collaterali: un'ipertensione arteriosa, una cefalea intermittente probabilmente pensionale, una sindrome depressiva moderata e fluttuante, delle turbe del sonno e soprattutto un'obesità importante e di gestione assai difficile anche a causa dalla forzata sedentarietà della paziente. Per finire segnalo che ritengo indicata una valutazione dello stato di salute della sig.ra RI 1 da parte dell'Assicurazione invalidità del Cantone Ticino (perizia esterna? Valutazione diretta da parte di un medico dell'A.I.?)." (Doc. AI 36-1+2) Nel rapporto medico all'Ufficio AI del 20 settembre 2006 il curante riconfermava la sua valutazione di totale inabilità lavorativa dal 1. luglio 2006 (doc. AI 38). Interpellato, il dr. _____, già psichiatra curante della richiedente, nel suo rapporto medico del 26 settembre 2006, diagnosticata una sindrome ansioso-depressiva, ha attestato un'inabilità lavorativa completa dal 1. aprile 2004 precisando tuttavia di non aver più visto la paziente dopo il mese di aprile 2005 (doc. AI 39). D'altra parte, il dr. _____, chirurgo ortopedico, nel rapporto medico del 25 ottobre 2006, diagnosticati "stati dopo protesi totale del ginocchio destro e sinistro", interventi avvenuti il 12 maggio e il 10 ottobre 2006, ha attestato un'inabilità lavorativa di almeno tre mesi dopo l'operazione dell'ottobre 2006 (doc. AI 40). Nel successivo rapporto del 5 marzo 2007 il dr. _____ ha affermato che per quanto riferito alla patologia ortopedica la paziente poteva lavorare senza restrizioni nella sua precedente attività lavorativa quale impiegata, così come in altre attività in posizione prevalentemente seduta, evitando spostamenti frequenti ed evitando di portare pesi (doc. AI 44). Di conseguenza, nel suo rapporto medico del 11 aprile 2007 il medico SMR dr. _____, poste le seguenti diagnosi: Diagnosi principale Gonartrosi tricompartmentale in varo del ginocchio sinistro posa di protesi totale al ginocchio sinistro (ottobre 2006); gonartrosi del ginocchio destro, stato dopo meniscectomia parziale, posa di protesi ginocchio destro Codice ICD 10 Codice AI Ulteriori diagnosi con influsso sulla CL Sindrome ansioso-depressiva [ICD-10 F41.2] (1996) Sindrome lombo-vertebrale su alterazioni degenerative Codice ICD 10 Codice AI Ulteriori diagnosi senza influsso sulla CL Ipertensione arteriosa Obesitas permagna (IMC = 41,2 kg/m²) stato dopo intervento di chirurgia bariatrica (2000) Cefalea tensiva abuso di analgesici Insonnia Malattia da reflusso gastro-esofageo (Doc. AI 46-1) ha concluso quanto segue: Limiti funzionali L'assicurata può svolgere un'attività prevalentemente sedentaria, senza dover salire e scendere frequentemente le scale e senza spostamenti per tragitti lunghi, non può portare regolarmente pesi superiori a 10 kg. Deve poter cambiare la posizione statica ogni 1-2 ore per un breve periodo. IL in % Attività abituale impiegata d'ufficio 25% (rendimento ridotto per pause supplementari) Attività adeguata 25% Inizio IL duratura Mese / anno 50% giugno 2006 100% luglio 2006 - marzo 2007 Inizio possibilità integrazione (mese/anno) L'attività abituale è adeguata Raccomandazioni, proposte SMR Iscritta presso la Cassa di disoccupazione dall'aprile 2006 (per un posto di lavoro a tempo pieno). Il Dr. _____ attesta in data 5 marzo 2007 una capacità lavorativa piena per un'attività rispettosa dei limiti funzionali per quanto riguarda lo stato dopo posa di

artroprotesi delle ginocchia. Il Dr. _____ attesta in data 26 settembre 2006 lavorativa totale dall'aprile 2004. Tuttavia, egli non vede più l'assicurata dall'aprile 2005. Egli fa riferimento al suo rapporto del 3 maggio 2005 (dove egli valutava l'inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico con 25-30%: un'inabilità per motivi psichiatrici non si giustifica). Il Dr. _____ attesta in data 20 settembre 2006 inabilità lavorativa totale dall'aprile 2004 con brevi periodi di inabilità lavorativa del 25% e del 50%. Egli attribuisce l'inabilità lavorativa prevalentemente alle affezioni a carico dell'apparato locomotore, particolarmente delle ginocchia. Il tono d'umore sarebbe conservato, l'assicurata segnala episodi d'ansia. (Doc. AI 46-2) Di conseguenza, l'Ufficio AI, ammessi gradi di incapacità lavorativa del 50% nel giugno 2006, del 100% dal luglio 2006 alla fine di marzo 2007 e del 25% dal 1. aprile 2007, ha negato alla richiedente il diritto a una rendita di invalidità per il periodo successivo al 30 giugno 2007, vale a dire tre mesi dopo l'intervento di un notevole miglioramento delle condizioni ortopediche a seguito delle operazioni di protesi alle ginocchia (doc. AI 49; cfr. sopra consid. 1.2). Mediante osservazioni del 28 giugno 2007 l'assicurata ha sostanzialmente contestato le conclusioni dell'amministrazione producendo un attestato del dr. _____ certificante un'inabilità completa sino al 31 marzo 2007 e in seguito del 50% come impiegata d'ufficio (doc. AI 52). Nelle sue Annotazioni del 10 luglio 2007 il medico SMR dr. _____ ha affermato: " (...) Certificato Dr. _____ del 14 giugno 2007: il Dr. _____ conferma di essere il medico curante e di aver attestato inabilità lavorativa totale fino al 31 marzo 2007 e da allora inabilità lavorativa del 50% a tempo indeterminato. La patologia a carico delle ginocchia è migliorata grazie ad un intervento chirurgico, mentre che persiste la patologia lombosacrale che non permette di lavorare più di ½ giornata quale impiegata d'ufficio. Il rapporto non contiene informazione sull'evoluzione e l'oggettività clinica. Al momento della (nuova) domanda di prestazioni era prevalente la patologia degenerativa a carico delle ginocchia, la quale limitava in modo determinante la capacità lavorativa ed ha reso necessario un intervento chirurgico; la depressione era in secondo piano. La sintomatologia dolorosa a carico della colonna lombare su alterazioni degenerative era caratterizzata di intensità fluttuante ed impediva di assumere la posizione seduta per un periodo protratto. Dallo stato clinico descritto nel settembre 2006 si notava una limitazione della mobilità della colonna lombare di un terzo. Dagli atti emerge che la sindrome lombosacrale presentava degli episodi di esacerbazione acuta, nei periodi rimanenti l'assicurata è ritenuta abile al lavoro per un'attività rispettosa dei limiti funzionali. Propongo di chiedere al Dr. _____ una descrizione dello stato clinico oggettivo ed informazioni sul decorso, ossia quando è subentrato un eventuale peggioramento dello stato di salute per quanto riguarda la patologia a carico del rachide." (Doc. AI 54-1) Interpellato, nel suo scritto del 20 luglio 2007, il dr. _____ precisava quanto segue: " Dando seguito ad una richiesta del 16 luglio scorso della sig.ra _____ comunico quanto segue: 1. stato clinico oggettivo: attualmente la sig.ra RI 1 riesce a camminare meglio rispetto a prima degli interventi di artroplastica delle ginocchia (v. precedente cartella AI), pur presentando ancora una zoppia dovuta ad alterazioni statiche e degenerative dei piedi; presenta, delle alterazioni delle mani compatibili con poliartrosi diffusa delle dita, rizartriosi compresa; per quanto riguarda la schiena si oggettiva una discreta limitazione della mobilità del rachide cervicale e di quello lombare, senza che siano presenti deficit radicalari; per altro il suo peso rimane stabile attorno ai 100-105 kg. 2. decorso: la paziente soffre di lombalgia da anni, ma la stessa si è intensificata a partire circa da inizio settembre 2006, quando le ho prescritto un aumento della terapia analgesica e della fisioterapia non solo per i dolori alle ginocchia, ma anche

per i disturbi del rachide; a fine dicembre 2006 la lombalgia si è ulteriormente accentuata ed era accompagnata da una forte irradiazione algica al sacro e all'arto inferiore destro: per qualche giorno la paziente non è riuscita quasi ad alzarsi dal letto a causa dei dolori, malgrado una terapia analgesica a dosi massimali con paracetamolo e tramadolo associata a FANS; una RM del rachide lombosacrale eseguita il 7.2.2007 ha mostrato delle alterazioni degenerative del rachide con presenza di stenosi del canale lombare, ma senza interessamento di strutture nervose (v. rapporto allegato in copia); la sig.ra RI 1 ha poi regolarmente continuato ad assumere degli analgesici e ad intervalli è stata trattata da un fisioterapista per i dolori del rachide, che le impediscono tra l'altro di restare seduta nella stessa posizione per più di un'ora consecutiva; nelle ultime settimane ha presentato un'esacerbazione dei dolori del rachide associata a dolori diffusi: il reumatologo, Dott. _____, che l'ha visitata il 26 giugno scorso ha escluso la presenza di una malattia articolare infiammatoria attribuendo il peggioramento dei dolori ad una possibile virosi (v. rapporto allegato in copia)." (Doc. AI 57-1) Il curante ha allegato un certificato del dr. _____ del 10 luglio 2007, il quale ha tra l'altro affermato: " (...) All'origine della presente valutazione vi è un peggioramento della sintomatologia algica apparsa circa 3 settimane fa con dolori "dappertutto", specialmente alle mani, ai piedi, nella regione lombare e cervicale, disturbi risentiti non solo sotto carico ma anche di notte. Il tutto sarebbe accompagnato anche da un certo malessere generale con un'inappetenza. Ha per intanto assunto degli analgesici Zaldiar e gocce di Tramal). L'esame clinico attuale non si differenzia dalle constatazioni di 3 anni fa con un poliartrite delle dita (inclusa una rizartrite bilaterale), turbe statiche del rachide con una limitazione moderata della mobilità cervicale e lombare (senza sollecitazione di particolari dolori) ad alterazioni statiche anche ai piedi (tendenzialmente piatti con un alluce valgo bilaterale). Alle ginocchia rilevo un reperto regolare dopo impianto di un'endoprotesi totale bilateralmente. Non ho trovato segni clinici per un'affezione primariamente infiammatoria delle articolazioni. Dal profilo umorale persistente un lieve aumento sia della VES (26.06.2007: 24 mm) che della PCR (17 mm/1) senza altre alterazioni sierologiche (vedi allegato). In base a ciò escluderei che alla patologia prettamente degenerativa si sia aggiunta ora una collagenosi di qualsiasi tipo rispettivamente una polimialgia reumatica. Sospetto piuttosto una virosi intercorrente con uno scompenso algico consecutivo. La sofferenza ha del resto reagito in maniera favorevole all'assunzione di Arthotec (al momento 2x75 mg ret.) al punto che ha potuto sospendere lo Zaldiar ed il Tramal. Consiglierei di proseguire con la terapia in corso con la presa dei FANS al bisogno." (Doc. AI 57-3+4) Sentito il parere del medico SMR, l'Ufficio AI, con il provvedimento contestato, ha quindi confermato il progetto di decisione e, quindi, il rifiuto delle prestazioni per il periodo successivo al 30 giugno 2007 (doc. AI 60; cfr. sopra consid. 1.3). 2.10. Con il presente ricorso l'assicurata contesta le conclusioni dell'amministrazione rimproverandole in sostanza di non aver valutato esaurientemente le sue reali condizioni di salute (I; cfr. sopra consid. 1.4). 2.11. Ora, innanzitutto a mente di questa Corte va data piena conferma alla qualificazione della ricorrente, data dall'Ufficio AI, quale salariata nella misura totale. Emerge infatti dall'inserto che l'assicurata, prima del sopraggiungere dei problemi di salute, lavorava a tempo pieno come impiegata. È inoltre da ritenere che se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute, essa avrebbe continuato a lavorare in questa misura. Del resto detta qualifica non è mai stata contestata dall'interessata nel corso della procedura amministrativa e nemmeno di fronte a questa Corte. 2.12. Deve essere premesso che per la giurisprudenza affin che un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su

degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 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 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il 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 (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/ 01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 230). 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 (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S.,

U 330/01). Inoltre, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito 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 premorbo, 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita 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 inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04, consid. 1.2). Inoltre, secondo la giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale, l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha confermato 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. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (cfr. STFA del 10 luglio 2003 nella causa C., U 168/02; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Trattandosi specificatamente delle perizie esperite dai centri medici di accertamento dell'AI, il TFA, nella DTF 123 V 175, ha esplicitamente ammesso che l'imparzialità e l'indipendenza di questi servizi nei confronti dell'amministrazione e dell'UFAS sono garantite. 2.13. Ritornando al caso in esame, emerge dalla documentazione all'inserto che la problematica principale che interessa l'assicurata è quella relativa alle ginocchia. In effetti, nel certificato medico dell'11 luglio 2006 - sulla base del quale l'amministrazione è entrata nel merito della nuova domanda di prestazioni - il medico curante dell'assicurata dr. _____ ha affermato che l a

limitazione della capacità lavorativa, da un anno a questa parte, era “ da attribuire in misura preponderante (oltre l'80%) alle sue patologie di natura ortopedica ed in minima parte (meno del 20%) ad un moderato stato depressivo reattivo con turbe del sonno; l'insistente cefalea atipica segnalata in precedenti rapporti A.I. sembra molto migliorata.” (doc. AI 36). Di conseguenza, dal punto di vista ortopedico, l'amministrazione ha correttamente proceduto ad interpellare il dr. _____, chirurgo ortopedico che ha effettuato le due operazioni alle ginocchia cui si è sottoposta la ricorrente il 12 maggio e 10 ottobre 2006. Dopo aver attestato un'inabilità lavorativa per tre mesi nel certificato 25 ottobre 2006, mediante rapporto all'AI del 5 marzo 2007 il dr. _____ ha affermato che per quanto riferito alla patologia ortopedica la paziente poteva nuovamente lavorare senza restrizioni nella sua precedente attività lavorativa quale impiegata, così come in ogni altra attività in posizione prevalentemente seduta, evitando spostamenti frequenti ed evitando di portare pesi (doc. AI 44). Dal punto di vista psichiatrico, il dr. _____, psichiatra, nel suo rapporto medico del 26 settembre 2006, posta la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva, ha attestato un'inabilità lavorativa completa dal 1. aprile 2004 sino alla data dell'ultima consultazione del 25 aprile 2005 precisando appunto di non aver più visto la paziente dopo l'aprile 2005 (doc. AI 39). In proposito va osservato che non risulta dalla documentazione all'inserto, né del resto l'assicurata o il suo medico curante lo sostengono, che RI 1 abbia necessitato, successivamente all'aprile 2005, di un trattamento medico o farmacologico per problemi psichiatrici. In proposito si rileva anche che nei più recenti certificati del medico curante non è stata nemmeno più menzionata la componente depressiva come diagnosi invalidante (cfr. doc. AI 38, 52). Nel suo rapporto medico del 11 aprile 2007 il medico SMR dr. _____, poste quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa “ la gonartrosi tricompartmentale in varo del ginocchio sinistro con posa di protesi totale e gonartrosi del ginocchio destro in stato dopo meniscectomia parziale e posa di protesi al ginocchio destro oltre a sindrome ansioso-depressiva e sindrome lombo-vertebrale su alterazioni degenerative” (doc. AI 46-1), osservato come l'assicurata, a far tempo dal 1. aprile 2007, fosse in grado di svolgere normalmente un'attività prevalentemente sedentaria, senza dover salire e scendere frequentemente le scale e senza spostamenti per tragitti lunghi, senza portare regolarmente pesi superiori a 10 kg e che le permetta di cambiare la posizione statica ogni 1-2 ore per un breve periodo, ha concluso che nella sua attività abituale di impiegata d'ufficio andava considerata abile nella misura del 75% (doc. AI 46). La riduzione del 25% si giustificava a motivo del fatto che l'interessata, necessitando frequenti pause, era in grado di fornire un rendimento ridotto e inglobava anche le ripercussioni derivanti dai problemi lombo-vertebrali e dal moderato disturbo depressivo. Per contro le altre diagnosi, quali in particolare l'ipertensione, l'obesità, la cefalea tensiva, l'insonnia e la malattia da reflusso gastro-esofageo, sono state ritenute ininfluenti sulla capacità lavorativa dell'assicurata, e questo sulla base dei riscontri medici dei singoli specialisti interpellati (doc. AI 46). Quanto alla componente relativa alla sindrome lombo-vertebrale di cui soffre l'assicurata, e sottolineata in fase di opposizione, il medico SMR ha ritenuto di interpellare su questo specifico punto il curante, il quale, nel suo certificato del 20 luglio 2007 ha esposto come tale problematica fosse presente da anni, con intensità fluttuante e un'esacerbazione dei dolori nell'estate 2007 (doc. AI 57). Interpellato dal medico curante, il dr. _____, reumatologo, nel certificato 10 luglio 2007 prodotto in causa, ha escluso la presenza di una malattia articolare infiammatoria attribuendo il peggioramento dei dolori ad un possibile infetto virale intercorrente (doc. AI 57). Di conseguenza, l'amministrazione, sentito il medico SMR, ha negato alla richiedente il diritto a una rendita di invalidità per il

periodo successivo al 30 giugno 2007, vale a dire tre mesi dopo l'intervento, nell'aprile 2007, di un notevole miglioramento delle condizioni ortopediche a seguito degli interventi di protesi alle ginocchia (doc. AI 60; cfr. sopra consid. 1.3). Questo Tribunale non ha motivi per scostarsi da queste conclusioni. In particolare le stesse non sono state smentite da altri, recenti, certificati da parte di medici specialisti attestanti una diversa valenza invalidante delle patologie oppure un peggioramento delle stesse. Quanto allegato dalla ricorrente al fine di dimostrare, a suo modo di vedere, la sua inabilità al lavoro a causa delle patologie che la affliggono, difatti, non è in grado di sovvertire le conclusioni dei medici interpellati dall'amministrazione o attestare un peggioramento delle sue affezioni rispetto a quanto da essi valutato. In particolare l'unico certificato medico nuovo prodotto dalla ricorrente, emesso in data 14 luglio 2007 dal dr. _____ (doc. C5), non fa che confermare le pertinenti conclusioni circa la capacità lavorativa tratte dall'amministrazione. In effetti, il reumatologo espone le singole limitazioni fisiche da rispettare dall'assicurata nell'esercizio di un'attività lavorativa e in particolare in quella da ultimo esercitata di impiegata di commercio, e conclude affermando che " un'attività lavorativa che possa rispettare le presenti limitazioni può essere svolta in forma normale". Da notare che le limitazioni segnalate (sollevamento di pesi, manipolazioni di oggetti pesanti, mantenimento di posizione inginocchiata o con ginocchia in flessione, mantenimento di posizioni statiche per oltre un'ora, ecc.) coincidono essenzialmente con quelle segnalate dal dr. _____ e, quindi, dal medico SMR dr. _____ (doc. 44 e 46; cfr. sopra consid. 2.9). A ragione il dr. _____ del SMR, nelle sue annotazioni del 3 ottobre 2007, ha rilevato che tale certificato non era atto a documentare una sostanziale modifica delle condizioni dell'assicurata successiva alla decisione impugnata ma, anzi, confermava l'esigibilità lavorativa quale impiegata d'ufficio nella misura ammessa dall'amministrazione, vale a dire al 100% ma ridotta al 75% per rendimento ridotto a causa della necessità di pause supplementari da ricondurre alle limitazioni segnalate dai dr. _____ e _____ (doc. VIII/1). D'altra parte l'apprezzamento del curante della ricorrente dr. _____ - il quale, sia osservato, è medico generalista e non specialista nelle materie che qui interessano -, per il quale la paziente sarebbe abile dal 1. aprile 2007 nella misura del 50%, non è suscettibile di scalfire il valore probante delle precitate valutazioni specialistiche limitandosi in definitiva a formulare una diversa valutazione della capacità lavorativa senza sostanziarla con motivazioni convincenti (doc. C3). Giova, altresì, segnalare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente stabilito che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Ad esempio, nella sentenza 9C/289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l' ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de

l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" Se ne deve concludere che la ricorrente non ha in sostanza prodotto alcun certificato medico atto a dimostrare che, al momento dell'emanazione dell'atto impugnato (il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; fr. DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b) , i disturbi di cui è affetta incidano sulla sua capacità lavorativa in maniera superiore a quanto appurato dai sanitari interpellati dall'Ufficio AI e da quelli del SMR. A tal proposito va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In conclusione, rispecchiando la documentazione medica all'inserto tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.12.), alla stessa può esser fatto riferimento. Inoltre, non essendo l'interessata affetta da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno sino all'emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b), che a far tempo dal 1. aprile 2007 e sino al momento dell'emanazione del querelato provvedimento l'assicurata presentava una capacità lavorativa del 100%, con un rendimento ridotto del 25%, come impiegata di commercio o altra attività leggera. 2.14. Accertata dunque una capacità lavorativa del 75% in attività leggere adeguate, con rapporto 31 maggio 2007 l'amministrazione ha proceduto al consueto raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità (doc. AI 51). Va osservato che l'assicurata non ha formulato alcuna contestazione in merito al calcolo del grado di invalidità operato dall'amministrazione. Riguardo al reddito da valida, la consulente professionale ha quantificato, sulla base del questionario dell'ex datore di lavoro, in fr. 49'348 il reddito che l'assicurata avrebbe potuto percepire da sana nel 2004, pari a fr. 49'841 aggiornati per l'anno 2005 (doc. AI 51). D'altra parte, conformemente la giurisprudenza del TFA, il reddito da invalido è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e

ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Va poi ricordato che, qualora, già prima dell'insorgenza del danno alla salute, il reddito di una persona assicurata si situi sotto la media dei salari per un'attività equivalente e che non si possa sostenere che essa si sia volontariamente accontentata di una retribuzione modesta, si deve ammettere che gli stessi fattori che hanno inciso negativamente sul reddito da valido potrebbero anche influenzare il reddito da invalido. Accertato che l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (AHI 1999, p. 329 consid. 1; ZAK 1989, p. 458s. consid. 3b; STFA del 5 dicembre 2003 nella causa S., I 630/02, consid. 2.2.2 e del 2 dicembre 2002 nella causa R., I 53/02, consid. 3.3). Di conseguenza, quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (STF 20 febbraio 2008 nella causa C. [U 8/07], in quella fattispecie la differenza salariale era del 9,58%; al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327). Va ancora rilevato che con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; cfr. inoltre, tuttavia, sentenza 9C-404/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 2.3: "Da der tatsächlich erzielte Verdienst von Fr. 53'365.- nicht deutlich unter dem Tabellenlohn von Fr. 55'640.- liegt, besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass, vom Grundsatz abzuweichen und zu einer Korrektur zu schreiten (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, R. vom 30. September 2002, I 186/01, H. vom 7.

Mai 2001, I 314/00, und K. vom 16. März 1998, I 179/97)", sottolineatura della redattrice). Nel caso di specie, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica relativi ad una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), la consulente ha fissato in fr. 49'070.-- il relativo reddito nel 2005 (convertito in 41.6 ore lavorative settimanali). L'amministrazione ha inoltre rettamente considerato che la retribuzione che l'assicurata avrebbe percepito nel 2005 se avesse continuato a lavorare per l'ultimo datore di lavoro, vale a dire fr. 49'841, non era inferiore alla media svizzera dei salari per un'attività equivalente, cioè fr. 3'590.- o fr. 43'059.- annui per il 2004 (cfr. Tabella TA1 p.to 93 "services personnels", valori mediani; categoria che a mente di questo Tribunale, fra quelli statistici, maggiormente si avvicina alla professione esercitata dall'interessata di impiegata di commercio; fr. 3'442.-- X 12 mesi = 41'304.--, riportato su 41.6 ore/settimana = 43'059.--). Adeguato al 2005 tale reddito mediano ammonta a fr. 43'489.60. A titolo abbondanziale va detto che il salario che avrebbe percepito l'assicurata dal precedente datore di lavoro non risulta inferiore ai dati nazionali nemmeno volendo considerare la media dei salari svizzeri per professioni che presuppongono qualifiche inferiori nel settore privato, di fr. 49'183 nel 2005 (fr. 3'893 mensili che, riportati su 41.6 ore - cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2007, p. 98 - , ammontano a fr. 4'058 mensili oppure a fr. 48'696 per anno - fr. 4'058 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del

E. 18

febbraio 1999, consid. 3 - e, infine, a deguato tale importo al 2005, si ottiene un reddito di fr. 49'183 (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.). Nella specie non sono pertanto realizzati gli estremi per ridurre il reddito statistico da invalido giusta la giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 menzionata sopra. Ammessa quindi una capacità lavorativa residua del 75%, per tener conto, in base alle conclusioni mediche, del minor rendimento a motivo delle frequenti pause che necessita l'interessata, il reddito da invalida è stato determinato in fr. 36'803.- (75% di 49'070). Considerando d'altra parte un reddito ipotetico senza il danno alla salute di fr. 49'841, dal raffronto dei redditi è scaturito un grado d'invalidità del 26% $([49'841 - 36'803] \times 100 : 49'841)$ che non conferisce il diritto ad una rendita. A titolo abbondanziale va detto che tale risultato muterebbe in misura trascurabile (e comunque non rilevante ai fini del riconoscimento di una prestazione di invalidità) applicando una riduzione sul salario statistico teorico, in ossequio alla precitata giurisprudenza federale per la quale occorre esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio, nella misura percentuale massima del 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc; cfr. anche STFA del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05 e STFA del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04). In effetti, anche volendo per ipotesi riconoscere una riduzione percentuale sul salario teorico statistico nella misura del 15% per tener conto del fatto che l'assicurata può svolgere solo attività leggere (cfr. in proposito STCA del 12 giugno 2008 nella causa P., 32.2007.208), le predette conclusioni non potrebbero mutare. In effetti, il salario ipotetico da invalida nel 2005 di fr. 49'070, ritenuta un'esigibilità del 75%, e applicando una riduzione del 15%,

risulterebbe essere pari a fr. 31'282 . Confrontando questo dato con l'importo di fr. 49'841 corrispondente al reddito che l'insorgente avrebbe conseguito da valida nell'anno 2005, emergerebbe un'incapacità al guadagno pari al 37% circa ($[(\text{fr. } 49'841 - \text{fr. } 31'282)] \times 100 : \text{fr. } 49'841$). Tasso di invalidità che non apre il diritto ad una rendita di invalidità. In queste condizioni, questo TCA può prescindere dall'esame del quesito a sapere se a ragione l'Ufficio AI non ha riconosciuto alcuna riduzione sul salario statistico da invalida limitandosi a considerare una capacità lavorativa residua del 75% per rendimento ridotto nella misura del 25% a causa delle pause supplementari di cui necessita. La soppressione della rendita con effetto dal 1° luglio 2007 (vale a dire tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute situabile al 1. aprile 2007) è pertanto giustificata e la decisione contestata merita conferma. Il ricorso va di conseguenza respinto. Si ribadisce tuttavia ancora che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti della ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale, sia nuovamente rilevato, delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Va detto ancora infine che l'Ufficio AI, nel suo scritto del 15 ottobre 2007, ha ribadito all'assicurata la possibilità di beneficiare di eventuali provvedimenti professionali ex art. 17 LAI e art. 6 cpv. 1 OAI (cfr. X), restando segnatamente aperta la possibilità di far capo alla consulenza e al sostegno da parte dei collocatori dell'AI ex art. 18 LAI, segnatamente qualora il danno alla salute sia d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4.; in merito cfr. anche Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, RDAT I 2003 pag. 595s). 2.15. Da ultimo, l'assicurata ha chiesto al TCA l'esecuzione di ulteriori accertamenti medici. Al proposito va nuovamente ribadito che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti. Sulla scorta del considerandi precedenti, la decisione su opposizione merita conferma, mentre il ricorso dev'essere respinto. 2.16 Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 200.-- sono a carico della ricorrente.