

TI_GERICHTE 32.2011.161 vom 2. Mai 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-05-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.161

FR: TI_GERICHTE 32.2011.161 du 2 mai 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.161 del 2 maggio 2011

Regeste

Revisione. Ricorso accolto. L'assicurata ha diritto ad un quarto di rendita dal 1.7.2011.
Rendita ripristinata

Erwägungen

E. 12

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza 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 (v. 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). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration

sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus malade. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si

deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.5. Nell'evenienza concreta l'assicurata, con decisione del 17 marzo 2004 (doc. AI 46-1), confermata con decisione su opposizione del 28 ottobre 2004 (doc. AI 77-1), è stata messa al beneficio di una mezza rendita d'invalidità, quale caso di rigore, limitatamente al periodo compreso tra il 1° novembre 2000 e il 31 dicembre 2003 e un quarto di rendita dal 1° gennaio 2004, sulla base della perizia pluridisciplinare SAM (psichiatrica, ortopedica, neurologica) del 15 aprile 2003, nella quale era stata posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “Disturbo distimico con somatizzazioni nell'ambito di una conflittualità intrafamiliare latente. Cefalea cronica quotidiana. Fibromialgia” (doc. AI 33-10). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua i periti avevano ritenuto l'assicurata globalmente abile al 70% sia nell'attività di orologiaia che in attività adeguate (doc. AI 33-10, 33-12). Nella decisione del 13 febbraio 2008, è stata invece messa al beneficio di una rendita intera d'invalidità, a far tempo dal 1° maggio 2007, sulla base della valutazione del 30 ottobre 2007 del SMR: “ (...) Dagli atti in nostro possesso si evince che l'A. margine è a beneficio di 1/4 di rendita AI (con grado del 41,2% dal 01.11.2000 e prevista revisione il 01.11.2005) dopo perizia SAM. Viene presentata un'opposizione con presa di posizione contrastante dallo psichiatra curante, Dr. _____, che ritiene l'A. inabile nella misura dell'80% per motivi psichiatrici, ma l'SMR, su ulteriore presa di posizione del perito psichiatra da parte del SAM, riconosce l'abilità del 70% come stabilito nella precedente perizia. L'A. ricorre allora al TCA, producendo la valutazione medica del Dr. _____, psichiatra incaricato di svolgere un'ulteriore perizia dallo psichiatra curante, che ritiene l'A. incapace al guadagno nella misura del 75%. Il medico responsabile SMR, Dr. _____, sulla scorta dei dati clinici e delle varie valutazioni, non trova elementi sufficienti per discostarsi dalla valutazione complessiva dello stato di salute come avvenuto in sede SAM. Il TCA ritiene l'A. abile nella misura del 70% in attività leggere idonee con le limitazioni indicate nella perizia SAM, respingendo pertanto il ricorso. Nella successiva sede di revisione i medici curanti dell'A. ritengono lo stato di salute peggiorato in modo da compromettere nella misura del 75% la CL soprattutto dal lato psichiatrico. L'SMR decide allora di richiedere

una perizia psichiatrica, eseguita in data 24.10.2006 dal Dr. _____ che la ritiene abile, dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 70% nell'attività precedentemente svolta di orologiaia, confermando le attuali prestazioni AI: Il caso verrà riaperto quando verrà certificata una inabilità dovuta alla necessità di sottoporre l'A. ad un intervento chirurgico eseguito c/o l'Uniklinik _____ il 06.02.2007 con successiva degenza post-operatoria di riabilitazione c/o la Clinica di _____, dal 13.02.2007 al 13.03.2007, dove alla dimissione non è stato possibile valutare la CL dell'A. limitata fortemente dalla patologia sintomatica in corso. Il medico curante, Dr. _____, in data 25.04.2007 ritiene stazionario lo stato di salute dell'A. indicandone una IL totale. Procedere: Alla luce dei rapporti medici prodotti in questa sede possiamo concludere che l'A. attualmente è inabile nella misura completa a partire dal 06.02.2007, data dell'intervento ortopedico, solo TEMPORANEAMENTE, per lo meno fino al gennaio 2008 compreso, superati oramai i sei mesi post-operatori senza che si sia prodotta alcuna certificazione relativa alla CL residua dell'A., quando ritorneremo sulla discussione del caso con richiesta fin da ora di una valutazione ortopedica/reumatologica postoperatoria di evoluzione dello stato di salute e della relativa CL. Confermiamo fin da ora, sulla base dell'assenza di sviluppi patologici, l'IL del 30% riguardante la patologia psichiatrica riconosciuta dalla precedente perizia SAM. " (Doc. AI 120/1) In sede di revisione della rendita del marzo 2010 l'Ufficio AI ha quindi affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr. _____), quella neurologica (Dr. _____) e quella reumatologica (Dr. _____). Il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 13 settembre 2010, dopo aver esposto l'anamnesi della paziente e lo status psichico, ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) **DIAGNOSI:** Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 43.4). Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve-medio (ICD 10 F 33.0). Sindrome da conversione (ICD 10 F 44) **VALUTAZIONE:** L'assicurata presenta una sindrome somatoforme da dolore persistente che raduna i criteri di Foerster. La sintomatologia è sufficientemente intensa, duratura e persistente e nonostante i diversi trattamenti realizzati a rigore d'arte medica non si sono riscontrati risultati soddisfacenti. Inoltre si riscontra una sindrome depressiva che segue un decorso cronico, ma che non riveste caratteristiche di gravità in quanto ancora presenta le funzioni cognitive pressoché intatte e quelle biologiche e volitive parzialmente compromesse. Inoltre il fatto che abbia abbandonato il trattamento psichiatrico parla a favore del fatto che l'assicurata abbia una percezione del suo problema depressivo come non grave. Inoltre da giovane presenta degli episodi in cui sente di perdere il controllo dei suoi atti. Inoltre presenta una paura per la sensazione di sentire la presenza di qualcuno che si trovi dietro di lei. In particolare questi fenomeni si sono presentati in seguito alla morte del suo fratello al quale era molto legata. Complessivamente questi sintomi vanno interpretati come sintomi convertivi in quanto l'assicurata li vive con una modalità egodistonica.. **CONCLUSIONE:** 1. Diagnosi. Vedi sopra. 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurata. L'assicurata presenta una incapacità lavorativa nella misura del 30 % per ragioni psichiatriche. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata dal punto di vista specialistico. **Prognosi.** Dall'ultima valutazione psichiatrica eseguita dal Dr. _____, nel 2006, lo stato psicopatologico ha seguito un decorso stazionario. Sebbene l'assicurata lamenti un peggioramento soggettivo, questa sua dichiarazione appare contraddittoria in quanto ha abbandonato il trattamento psichiatrico. Inoltre alla luce della sintomatologia riscontrata durante la mia visita il quadro clinico è di grado lieve-medio. Da quanto esposto si deduce

che l'assicurata presenta una incapacità lavorativa nella misura del 30 %. La prognosi è riservata a lungo termine. 4. Conte si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? La sintomatologia algica generalizzata e la diminuzione delle funzioni volitive e in parte quelle biologiche la rendono lenta, imprecisa, inaffidabile e con un minore rendimento davanti ad ogni mansione lavorativa. 5 . Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa. Clic effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? È indicato adeguare il trattamento antidepressivo attualmente in corso e ricominciare il trattamento psicoterapico di sostegno per evitare un possibile peggioramento. 6. Ritieni possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale? Non fa al caso. 7. Ritieni che l'assicurata sia in grado di svolgere altre attività? Se sì descrivere il limite funzionale e la capacità lavorativa in altre attività adatte. Presenta una incapacità lavorativa nella misura del 30 % per ogni attività lavorativa. Come casalinga presenta una incapacità nella misura del 20 % . " (doc. AI 160/32-35) Il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, nel rapporto del 29 settembre 2010, ha espresso la seguente valutazione: " (...) Valutazione: L'attuale stato neurologico è risultato del tutto nella norma, in particolare nessun segno clinico che possa far pensare ad una radicolopatia cervicale o lombare o altre neuropatie periferiche alla base dei dolori accusati dalla paziente. La paziente descrive poi 3 tipi di cefalee, il primo sicuramente è una cefalea in stretto nesso con la cervicalgia accusata dalla paziente inquadrabile come cefalea cervicogena con forte componente muscolotensiva. La paziente descrive poi inoltre una cefalea chiaramente vasomotoria da inquadrare come emicrania con parziale aura visiva. Infine descrive un terzo tipo di cefalea a comparsa nelle ore notturne che potrebbe appartenere alla cefalea cervicogena su descritta oppure essere degli attacchi di emicrania notturna, ma visto il miglioramento del dolore col risveglio e il cambiamento di posizione del capo si tratta più verosimilmente di dolori sempre nell'ambito di una cefalea cervicogena. Confrontando l'anamnesi attuale della cefalea con quella descritta già nel marzo 2003 dal Dr. med. _____ non vi sono dei cambiamenti significativi, ossia le descrizioni delle cefalee di allora e attuale si sovrappongono. Sembra che in passato vi siano stati alcuni tentativi di trattamento preventivo della cefalea senza che la paziente si ricordi con quale farmaco. Normalmente il farmaco di prima scelta sarebbe l'amitriptilina con un dosaggio di 10 mg alla sera e poi eventualmente aumento del dosaggio, in caso di assenza di beneficio si potrebbe provare anche un betabloccante oppure come terzo tentativo dei farmaci anticonvulsivi come il Topamax®. Per l'attacco acuto delle crisi di emicrania, sembra che in passato la paziente avrebbe provato ad utilizzare lo Zomig® ottenendo un effetto incostante, proporrei un nuovo tentativo con un triptano eventualmente optando anche ad una somministrazione intranasale. Dal lato neurologico posso porre le diagnosi di: 1. Cefalea mista cronica con componente principale di cefalea cervicogena e muscolotensiva nonché emicrania con aura visiva. Per quanto riguarda la capacità lavorativa concordo con il Dr. med. _____ di attestare un'incapacità lavorativa del 30% a causa delle cefalee accusate dalla paziente sia per il suo lavoro abituale come anche per tutte le altre professioni incluse le mansioni di casalinga. Il quadro della cefalea descritto dalla paziente non si è modificato in maniera sostanziale dall'inizio 2003, pare quindi stabile. In tal senso non mi aspetto grossi cambiamenti spontanei della cefalea della paziente in futuro, in genere però le crisi di emicrania dovrebbero attenuarsi nettamente con l'inizio della menopausa. Propongo anche di provare ad intraprendere un trattamento preventivo della cefalea come su descritto, è comunque chiaro che dopo numerosi anni di cefalea le terapie preventive spesso non portano ad un successo" (doc. AI 160/39-40). Il Dr.

_____, spec. FMH in reumatologia, nel rapporto del 27 agosto 2010, dopo aver illustrato l'anamnesi, i dati soggettivi e quelli oggettivi ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. Diagnosi reumatologiche: 4.1 Diagnosi reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa: Sindrome cervicolumbovertebrale cronica in - Disturbi statici del rachide (accentuazione della cifosi dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa toracolumbare) Decondizionamento muscolare - Tendenza fibromialgica Dolore cronico al cinto pelvico in - Esiti da osteotomia periacetabolare dell'anca destra nel 1999 per displasia congenita - Esiti da ricostruzione acetabolare dell'anca sinistra con correzione dell'offset della testa e del collo femorale, débridement della lesione del labbro a sinistra, in displasia congenita dell'anca sinistra, il 6.2.2007 - Tendenza fibromialgica - Sbilancio e decondizionamento muscolare Periartrite omeroscapolare con sintomatologia di attrito a sinistra 4.2 Diagnosi reumatologiche senza ripercussione sulla capacità lavorativa: ---- 5. Valutazione e prognosi: (...) Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico, giungiamo dunque alle diagnosi di sindrome cervicolumbovertebrale cronica in disturbi statici del rachide (accentuazione della cifosi dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa toracolumbare), decondizionamento muscolare, tendenza fibromialgica, dolore cronico al cinto pelvico in esiti da osteotomia periacetabolare dell'anca destra nel 1999 per displasia congenita, esiti da ricostruzione acetabolare dell'anca sinistra con correzione dell'offset della testa e del collo femorale, débridement della lesione del labbro a sinistra, in displasia congenita dell'anca sinistra, il 6.2.2007. tendenza fibromialgica, sbilancio e decondizionamento muscolare, periartrite omeroscapolare con sintomatologia di attrito a sinistra. Dal lato terapeutico, è sicuramente auspicabile che l'assicurata si sottoponga ad un rinforzo globale progressivo della muscolatura, in particolare del corsetto muscolare addominale e al cinto pelvico. Le opzioni terapeutiche conservative per la periartrite omeroscapolare alla spalla sinistra, sono probabilmente state sfruttate senza ulteriori opzioni. Per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico residua, L'assicurata può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, spesso tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi. di rado tra 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltre 25 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurata può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurata può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, di rado pianeggiare attrezzi molto pesanti. l.a rotazione manuale è normale. L'assicurata può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, di rado rimanere in posizione accovacciata. L'assicurata può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, spesso la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro in misura del 100 con un rendimento massimo del 100 %, come stabilito dopo l'ultima valutazione peritale il 18.2.2003. Nella sua ultima attività principale come casalinga, prendendo atto dei limiti funzionali e di carico sopramenzionati, giudico l'assicurata, a partire dall'insorgenza della periartrite omeroscapolare alla spalla sinistra, ossia dal giugno - luglio 2008, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa usuale, ma

con una diminuzione del rendimento del 10 %. Per le patologie di stretta competenza reumatologica, è giustificata un'inabilità lavorativa completa per qualsiasi tipo di attività, durante 6 mesi dopo l'avvenuto intervento di ricostruzione acetabolare all'anca sinistra, del 6.2.2007, quindi da tal data fino al più tardi al 15.8.2007." (Doc. AI 160/46-49)

Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 16 novembre 2010 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di: " Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve-medio (F 33.0). Sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4). Sindrome cervicolumbovertebrale cronica in: - disturbi statici del rachide (accentuazione della cifosi dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi sinistro-convessa toracolombare), - decondizionamento muscolare, - tendenza fibromialgica. Dolori cronici al cinto pelvico in: - esiti da osteotomia periacetabolare dell'anca ds. nel 1999 per displasia congenita, - esiti da ricostruzione acetabolare dell'anca sin. con correzione dell'offset della testa e del collo femorale, debridement della lesione del labbro a sin., in displasia congenita dell'anca sin., in 6.2.2007, - tendenza fibromialgica, -sbilancio e decondizionamento muscolare. Periartrite omeroscapolare con sintomatologia di attrito a sin. Cefalea mista cronica con componente principale di cefalea cervicogena e muscolotensiva, nonché emicrania con aura visiva. " (doc. AI 160/19) Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata invece posta quella " Sindrome da conversione (F44). Ipoacusia di tipo trasmissivo a sin. su nota sospetta otosclerosi. Ipertensione arteriosa diastolica borderline, non trattata " (doc. AI 160-20). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% nell'attività da ultimo svolta di operaia non qualificata in orologeria e quale casalinga e in un'attività lavorativa adeguata (doc. AI 160-26+27+28). In sede di osservazioni al progetto di decisione del 12 gennaio 2011 l'UAI ha predisposto un ulteriore accertamento medico psichiatrico presso il Centro peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS). Nella perizia dell'8 aprile 2011 il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e direttore del CPAS e la Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo aver esposto l'anamnesi dell'assicurata, i dati soggettivi, quelli oggettivi e la terapia hanno posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 5. DIAGNOSI (ICD - 10) 5.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro Distimia (ICD 10 F 34.1) Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) 5.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro Sindrome da conversione (ICD 10 F 44) 6. DISCUSSIONE Siamo confrontati con una donna di 47 anni, di origine turca, trasferitasi in Svizzera nel 1986. Vive col marito ed i figli. Frequenta la scuola fino alla quarta elementare. Lavora come orologiaia dal 1991 al 1999, anno in cui iniziano i disturbi fisici. Dal 2002 al 2009 è seguita dal dr _____, quindi interrompe la presa a carico specialistica. Dall'Ottobre 2010 è in carico alla drssa _____. Nella perizia SAM del 2003 il dr _____ fa diagnosi di Disturbo distimico con somatizzazioni nell'ambito di una conflittualità intrafamiliare latente e Fibromialgia. Certifica un'IL del 30%. Diagnosi e IL sono confermate dalla perizia effettuata nel 2006 dal dr _____. Dal 2007, a seguito dell'intervento chirurgico, beneficia di un'AI del 100%, confermata nella revisione del 2009, per decorso sfavorevole. Alla revisione del 2010 è indicato un probabile miglioramento dei sintomi fisici. Alla perizia SAM del 2010 il dr _____ indica come diagnosi con ripercussioni sulla IL Sindrome di depressione ricorrente, episodio attuale lieve-medio ed una Sindrome somatoforme da dolore persistente. Come diagnosi senza influenza sulla CL indica una

sindrome da conversione. L'IL è del 30% per ogni attività e del 20% come casalinga. Dalla perizia SAM emerge un'IL del 30% per ogni attività ed un'IL del 30% come casalinga. La dr.ssa _____ nel Novembre 2010 indica le seguenti patologie: Sindrome da disadattamento e reazione mista ansioso-depressiva e sindrome somatoforme da dolore persistente. Certifica un'IL del 100%. Nel Febbraio 2011 fa diagnosi, oltre al disturbo somatoforme, di Episodio depressivo grave con sindrome biologica su distimia. Certifica un'IL del 100% per qualsiasi attività e comunque superiore al 30% come casalinga. Indica una malattia cronica con cristallizzazione del quadro clinico; un peggioramento della "doppia depressione"; la difficoltà della cura dovuta alla presenza di una "personalità semplice con rigidità mentale e scarse possibilità di introspezione su struttura nevrotica di base, la comorbidità della pluripatologia fisica, gli aspetti personologici, culturali ed il disadattamento". L'attuale perizia è richiesta considerando la discrepanza fra le diagnosi poste dagli psichiatri e le conseguenze sulla CL. Viene richiesta anche una valutazione in base ai criteri di Foerster. Si evidenzia come la diagnosi effettuata dal dr _____ e la prima indicata dalla dr.ssa _____ depongano per un quadro clinico simile e di grado lieve. Dalla seconda valutazione effettuata dalla dr.ssa Proin emerge invece un disturbo grave dell'umore, facendo presupporre un peggioramento dell'assetto psichico. In base all'attuale valutazione vengono soddisfatti i criteri per la presenza di una Distimia, ovvero una depressione dell'umore presente per almeno due anni. Cio' concorda con le diagnosi effettuate dal dr _____ i e dal dr _____. L'assicurata inoltre afferma che negli ultimi anni le sue condizioni psichiche sono invariate, senza presentare fasi di remissione o significativi peggioramenti. La diagnosi di distimia contempla la possibilità che si presenti qualche episodio depressivo, come rilevato nell'ottobre 2010 dal dr _____ e riferito dall'assicurata stessa (che indica alcune lievi oscillazioni all'interno della deflessione cronica dell'umore). All'interno del quadro distimico vanno ricondotti i disturbi lamentati dall'assicurata, ovvero la deflessione del tono dell'umore, i disturbi del sonno e dell'appetito, la faticabilità. Al momento attuale non sono soddisfatti i criteri per la presenza di un episodio depressivo neppure di grado lieve. L'esame psichico evidenzia una persona curata, lucida ed orientata. Le funzioni cognitive superiori sono conservate. Il comportamento non verbale comprende una mimica ed un tono di voce modulati, un contatto di sguardo presente, una postura rilassata. Il linguaggio non presenta alterazioni a livello formale: è fluido, le latenze alla risposta non sono aumentate, i turni di conversazione e le pause sono adeguati, i nessi associativi mantenuti. A livello di contenuti i vissuti depressivi sono reattivi a specifici temi, ovvero i disturbi fisici e gli eventi esperiti nell'età evolutiva e adulta e non elaborati. Sono assenti idee melanconiche, di rovina, di autoaccusa. Il tono dell'umore modicamente deflesso, l'istinto vitale è conservato. Dalla descrizione della giornata e dai dati soggettivi si evidenzia come, nonostante i disturbi psico-fisici, l'assicurata sia in grado di occuparsi di sé, della sua famiglia e della casa: seppure sentendosi affaticata, adempie a varie faccende domestiche. Quando fa bel tempo esce per svolgere varie mansioni e per piacere. La proiezione nel futuro contempla il possibile peggioramento dei disturbi fisici ma anche scenari positivi: l'assicurata spera nel matrimonio dei figli e nella nascita di nipoti, che desidererebbe accudire, indicando la capacità di investire in nuovi ruoli. Non vi è ritiro sociale, sono mantenute con piacere alcune relazioni significative, grazie anche all'attivazione dell'assicurata, che a sua volta contatta le amiche parenti e ricambia gli inviti. L'assicurata riporta un miglioramento della propria memoria e non riferisce al momento attuale particolari problemi di attenzione/concentrazione. Permangono il disturbo del sonno e l'assenza di desiderio sessuale; l'assicurata sostiene che sono presenti da anni. Rispetto

alla valutazione effettuata dal dr _____, è peggiorato l'appetito (dichiarato conservato dal collega, mentre attualmente è ridotto, con anche un calo ponderale) mentre appare migliorata la spinta volitiva (l'assicurata afferma in più occasioni come voglia reagire ai suoi problemi). Si concorda col dr _____ rispetto all'origine conversiva di alcuni sintomi presentati, fra cui sentire una presenza vicino a sé alcune notti e sensazioni di smarrimento per cui si trovava fuori casa ad ore improbabili senza saperne spiegare il motivo; si evidenzia come il primo sintomo si sia ridotto ed il secondo sia scomparso. Per quel che concerne la prognosi, si discutono i criteri di Foerster: - Non vi è una co-morbidità psichiatrica maggiore. L'assicurata presenta un disturbo depressivo cronico di modica entità, all'interno del quale si verificano delle oscillazioni che non risultano significative a livello clinico - La malattia perdura da diversi anni. Lo stato psichico non appare però del tutto cristallizzato: l'assicurata non è rassegnata alle proprie condizioni, mantenendo una spinta volitiva a contrastare il suo disagio nel presente e contemplando un futuro con scenari anche positivi. - La presa a carico specialistica è adeguata; ha portato ad un miglioramento iniziale dal punto di vista sintomatico, non dal punto di vista strutturale. - L'assicurata presenta scarse capacità introspettive e di mentalizzazione, che rendono arduo accedere ai conflitti intrapsichici sottesi alle manifestazioni fisiche. - È mantenuta una buona integrazione a vari livelli: l'assicurata investe attivamente nelle relazioni amicali, traendone piacere. Conserva un ruolo di moglie e madre. L'assenza di un disturbo psichiatrico maggiore, il permanere di una certa spinta volitiva e di una buona integrazione in vari ambiti rende conto di una capacità lavorativa a livello medico teorico elevata. Le scarse risorse intrapsichiche rappresentano un ostacolo alla terapia ed un elemento prognostico negativo e giustificano il riconoscimento di una certa inabilità lavorativa, che si quantifica come pari al 30%.

B. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO

1. Descrizione di risorse e deficit Come indicato sopra, l'assicurata presenta un desiderio di combattere i propri disturbi fisici e riesce a mantenere diversi ruoli, sia all'interno della famiglia sia a livello sociale. Presenta una faticabilità ed una maggiore esauribilità legata ai disturbi fisici e del sonno.

2. Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta CL del 70% per l'ultima attività svolta

3. Periodi di Inabilità lavorativa accertabili Dai dati anamnestici si ritiene verosimile confermare un'IL del 30% dalla perizia SAM del Novembre 2011.

4. Capacità di lavoro come casalinga (per assicurati di sesso femminile) CL dell'80%, dal momento che può gestire il tempo, frazionando i compiti e facendo diverse pause al bisogno

C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE

1. Indicazioni mediche per interventi di integrazione Si ritiene opportuno istituire provvedimenti di integrazione, sotto forma di aiuto al collocamento ed affiancamento in una fase iniziale, data la lunga assenza dal mondo del lavoro.

2. Possibilità di migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale Non concerne, non avendo l'assicurata un'attività

3. Capacità di lavoro per altre attività CL del 70% per attività idonea

D. OSSERVAZIONI Si concorda sull'opportunità di mantenere una presa a carico specialistica, sia farmacologica che psicologica: quest'ultima per sostenere le capacità presenti e la spinta positiva a lottare contro le proprie condizioni espressa dall'assicurata, anche nell'ottica di un reinserimento nel mondo lavorativo." (Doc. AI 179/5-8)

2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. 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 TFA 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*, Berna 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione : -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das

Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt *lite pendente* indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 ; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse.

2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

2.3 Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik

vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (...) Occorre ancora evidenziare che il 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: " (...) 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 in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'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). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (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, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), 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 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, 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, inc. 32.1999.124). 2.7. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni peritali effettuate dal SAM e dal CPAS, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. 2.7.1. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, che nel referto del 27 agosto 2010 ha diagnosticato una "Sindrome cervicolumbovertebrale cronica in: - disturbi statici del rachide (accentuazione della cifosi dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi sinistro-convessa toracolombare), - Decondizionamento muscolare, - Tendenza fibromialgica. Dolori cronici al cinto pelvico in: - Esiti da osteotomia periacetabolare dell'anca ds. nel 1999 per displasia congenita, - Esiti da ricostruzione acetabolare dell'anca sin. con correzione dell'offset della testa e del collo femorale, debridement della lesione del labbro a sin., in displasia congenita dell'anca sin., in 6.2.2007, - Tendenza fibromialgica -Sbilancio e decondizionamento muscolare. Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a sinistra (doc. AI 160-46/47). A mente dello specialista, dal profilo reumatologico, è giustificata un'inabilità lavorativa completa per qualsiasi tipo di attività, durante 6 mesi dal 6.2.2007 (intervento di ricostruzione acetabolare all'anca sinistra) fino al più tardi al 15.8.2007. Quale casalinga l'inabilità lavorativa è del 10% dal mese di giugno - luglio 2008. In attività adeguata, l'assicurata è invece abile al

lavoro in misura del 100%, come stabilito dopo l'ultima valutazione peritale il 18.2.2003 (doc. AI 160-49). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da questa valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. Tali non possono essere il rapporto del 21 febbraio 2011 del Dr. _____ e quello del 22 febbraio 2011 del Dr. _____ (doc. AI 176-3, 176-5). Il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione ha posto una diagnosi sovrapponibile a quella del perito quando ha riscontrato una " periartropatia della spalla sinistra con una leggera limitazione della mobilità nella fase finale dei movimenti e dei dolori che si manifestano in prevalenza all'abduzione ed elevazione della spalla stessa ", una mobilità delle anche ritenuta buona e delle problematiche nell'ambito di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico (doc. AI 176-3). Secondo il Dr. _____ il decorso " non può ritenersi peggiorato in questi anni " (doc. AI 176-3, la sottolineatura è del redattore). Egli inoltre ha asserito di non avere reperti oggettivabili tali da contrapporre alla valutazione peritale del Dr. _____ (doc. AI 176-3). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua egli, per contro, valuta al 70% la capacità di lavoro in attività adeguata (doc. AI 173-1). In conclusione il medico curante ha osservato che la problematica psichiatrica, nell'ambito del quadro fibromialgico, ha assunto un ruolo più importante. Nell'insieme il Dr. _____ ha indicato che un leggero miglioramento dello stato di salute è stato determinato dall'intervento all'anca sinistra nel 2007. Miglioramento compensato, però, dalla comparsa di una periartropatia della spalla sinistra (doc. AI 176-4). Il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, in data 22 febbraio 2011 ha evidenziato, a seguito della risonanza magnetica, una lesione parziale del tendine sovraspinato della spalla sinistra che impediscono alla paziente effettuare attività con le braccia al di sopra dell'orizzontale come pure sollevare o trasportare pesi (doc. AI 176-5). Il Dr. _____ del SMR, in data 22 giugno 2011, ha interpellato il SAM in merito al referto del Dr. _____ e a quello del Dr. _____ mettendo tuttavia in evidenza che nella perizia SAM del Dr. _____ del 27 agosto 2010 la patologia alla spalla sinistra era ben nota (doc. IV2, doc. AI 160-44). Il 30 giugno 2011 il Dr. _____ si è così espresso: "(...) Il reumatologo nel suo scritto si sofferma sulla periartropatia nota alla spalla sinistra che, al momento della sua visita in data a me non nota, mostra una leggera limitazione della mobilità nella fase finale dei movimenti con dolori che si manifestano in prevalenza all'abduzione ed elevazione della spalla stessa; ricordiamo che durante la valutazione peritale del 26.8.2010 la spalla sinistra appariva con dolori a fine corsa alla flessione passiva, abduzione passiva con arco dolente terminale, dolori a fine corsa pure alla rotazione interna passiva, movimenti passivi della spalla sinistra giudicati liberi in ogni direzione con test resistivi per la cuffia rotatoria ben tenuti; sul piano funzionale, alla spalla sinistra non vi è stata dunque una rilevante riduzione dell'ampiezza escursoria; in merito il Dr. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia" che ha rivisto l'assicurata il 22.2.2011, parla di "limitazione funzionale descritta dalla paziente"; dallo scritto da lui redatto non abbiamo indicazioni sull'escursione passiva della spalla sinistra constatata; stando alle considerazioni del reumatologo curante risulta quindi che la funzione della spalla sinistra non è sostanzialmente mutata rispetto alla mia valutazione il 26.8.2010; per quanto riguarda le alterazioni strutturali alla cuffia rotatoria a sinistra, agli atti a mia disposizione (vedasi in particolare a pagina 4 della perizia del 26.8.2010 dove figura uno scritto del 27.1.2008 redatto dal Dr. _____ all'attenzione del Dr. _____ di _____) veniva sospettata una rottura del sottoscapolare, per cui l'ortopedico aveva

proposto alla paziente un'artroscopia con decompressione sottoacromiale ed eventuale riparazione dei tendini lesi; ora il Dr. _____ nella lettera citata del 22.2.2011, ha potuto visionare il risultato di una "risonanza magnetica recentemente effettuata" che, stando alle sue indicazioni, "mostra a mio modo di vedere una lesione parziale del tendine del sovraspinato della spalla sinistra" per cui l'ortopedico curante ha riformulato la possibilità di un procedere chirurgico con artroscopia e riparazione del tendine, ma, sempre stando al Dr. _____, "tale intervento necessita sempre una lunga riabilitazione che attualmente la paziente non si sente in grado di affrontare"; la mia valutazione peritale del 27.8.2010 teneva già conto della sospetta lesione alla cuffia rotatoria di cui parlava il Dr. _____ il 27.1.2009, aspetto che veniva considerato formulando le possibilità residue di caricare le braccia in particolare portandole a distanza del tronco e sopra il livello del piano orizzontale, come si legge a pagina 8 e pagina 9 della perizia ("l'assicurata può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, spesso tra 5 - 10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10 - 25 kg fino all'altezza dei fianchi, l'assicurata può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto"); per quanto riguarda l'esame delle altre articolazioni rispettivamente del rachide, il reumatologo curante non ha potuto rilevare altre patologie non già considerate nella perizia del 26.8.2010, affermando "il decorso non può considerarsi peggiorato in questi anni", in concreto che "non ho quindi dei reperti oggettivabili tali da contrapporre alla valutazione peritale eseguita per l'assicurazione invalidità dal collega reumatologo Dr. _____". In sintesi, le considerazioni specialistiche in questione, non si discostano sostanzialmente dal mio apprezzamento peritale del 26.8.2010 per quanto riguarda i dati anamnestici, clinici e paraclinici, sebbene cambi la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata. Questa differente valutazione del reumatologo curante, potrebbe essere data dal fatto che egli nel suo apprezzamento, integra anche le note comorbidità psichiatriche già valutate in ambito peritale, scrivendo nella lettera del 22.2.2011: "tengo a segnalare inoltre che a partire dal 2000 via la problematica psichiatrica nell'ambito del quadro fibromialgico ha assunto sempre più un ruolo importante" (doc. X, la sottolineatura è del redattore). In definitiva, la lesione parziale del tendine del sovraspinato della spalla sinistra diagnosticata dal Dr. _____ visionando la risonanza magnetica "recentemente effettuata" (cfr. scritto del 22 febbraio 2011 doc. AI 176-5), è stata già considerata dal Dr. _____ nella valutazione peritale del 27 agosto 2010 e nella formulazione dei conseguenti limiti funzionali (doc. X). I periti del SAM, Dr.ssa _____ e Dr. _____ in data 5 luglio 2011 hanno prestato adesione alle conclusioni del Dr. _____ (doc. X3). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr. _____. 2.7.2. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che nel referto del 13 settembre 2010 ha diagnosticato una "Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 43.4). Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve-medio (ICD 10 F 33.0). Sindrome da conversione (ICD 10 F 44)" (doc. AI 160-32). Secondo il Dr. _____ l'insorgente è da ritenere inabile al 30% per ogni attività lavorativa, mentre quale casalinga l'inabilità è del 20% (doc. AI 160-35). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. A maggior ragione se si considera l'ulteriore valutazione

psichiatrica svolta dal Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS). Nella perizia dell'8 aprile 2011 il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e direttore del CPAS e la Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, hanno posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4)”, mentre senza ripercussioni sulla capacità di lavoro quella di “Sindrome da conversione (ICD 10 F 44)” (doc. AI 179-5). L'assicurata viene valutata abile al lavoro al 70% in ogni attività e all'80% quale casalinga (doc. AI 179-8). Lo scritto del 3 febbraio 2011 della Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, a cui l'insorgente fa riferimento in sede di osservazioni al progetto di decisione del 12 gennaio 2011, nel quale viene posta la diagnosi di “Sindrome somatoforme da dolore persistente”, “episodio depressivo grave con sindrome biologica su distimia” e indicata una totale inabilità lavorativa in ogni attività (doc. AI 173-7), è superato dalla perizia del CPAS dell'8 aprile 2011 che l'UAI ha predisposto, nel mese di febbraio del 2011, per valutare l'evoluzione dello stato psichico di RI 1, proprio in relazione con questa nuova certificazione (doc. AI 175-1; 177-1). Il Dr. _____ e la Dr.ssa _____ hanno preso in considerazione i referti della Dr.ssa _____, quello del 18 novembre 2010 e quello del 3 febbraio 2011 (cfr. ricostruzione degli atti, pto.12, doc. AI 179-2) e osservato come la diagnosi effettuata dal Dr. _____, in occasione della valutazione SAM del

E. 13

settembre 2010, doc. AI 160-29) e la prima indicata dalla Dr.ssa _____ (il

E. 18

novembre 2010) depongano per un quadro clinico simile e di grado lieve. Dalla seconda valutazione effettuata dalla Dr.ssa _____, in data 3 febbraio 2011 (doc. AI 173-7), emerge invece un disturbo grave dell'umore, facendo presupporre un peggioramento dell'assetto psichico. Secondo i periti, nel caso concreto, vengono soddisfatti i criteri per la presenza di una distimia che contempla la possibilità che si presenti qualche episodio depressivo, come rilevato dal Dr. _____. All'interno del quadro distimico vanno ricondotti i disturbi lamentati dall'assicurata, ovvero la deflessione del tono dell'umore, i disturbi del sonno e dell'appetito, la faticabilità. Al momento della visita peritale non sono soddisfatti i criteri per la presenza di un episodio depressivo neppure di grado lieve (doc. AI 179-6). In periti hanno concluso indicando che “l'assenza di un disturbo psichiatrico maggiore, il permanere di una certa spinta volitiva e di una buona integrazione in vari ambiti rende conto di una capacità lavorativa a livello medico teorico elevata. Le scarse risorse intrapsichiche rappresentano un ostacolo alla terapia ed un elemento prognostico negativo e giustificano il riconoscimento di una certa inabilità lavorativa”, che viene quantificata al 30% (doc. AI 179-7). 2.7.3. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, che nel referto del 29 settembre 2010 ha diagnosticato una “Cefalea mista cronica con componente principale di cefalea cervicogena e muscolotensiva nonché emicrania con aura visiva” e valutato l'incapacità lavorativa al 30% in ogni attività a causa delle cefalee (doc. AI 160-39). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. 2.7.4. Sul piano ORL non può essere condivisa l'argomentazione ricorsuale, secondo cui l'ipoacusia all'orecchio sinistro non è stata considerata nel referto SAM del 16 novembre 2010. Se è

vero che nella perizia del 15 aprile 2003 si è fatto riferimento al problema all'orecchio sinistro per il quale l'assicurata era in cura presso il Dr. _____ questi già allora non aveva codificato un'incapacità lavorativa, consigliando piuttosto un intervento operatorio. La patologia in questione non figurava fra le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa (cfr. doc. AI 33-1, pto. 3.4., pto. 5 e 6). Nella valutazione pluridisciplinare del 16 novembre 2010 è stata ripresa la patologia ORL (ipoacusia unilaterale di tipo trasmissivo), trattata dal Dr. _____ e nota dal mese di settembre 1998. Secondo i periti " la proposta terapeutica di una correzione tramite stapedotomia all'orecchio sin. non è finora stata accolta dall'A., la quale riferisce un decorso piuttosto stazionario " (doc. AI 160-16). La patologia non ha dunque una ripercussione sulla capacità lavorativa dell'insorgente.

2.7.5. Per quanto concerne la questione della valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella causa in esame è stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Nella perizia SAM del 16 novembre 2010 la Dr.ssa _____ e il Dr. _____, hanno rilevato che le conseguenze sulla capacità di lavoro dell'assicurata si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi riscontrati a livello psicologico, neurologico e in parte reumatologico. Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico la sintomatologia algica generalizzata e la diminuzione delle funzioni volitive, oltre a quelle biologiche, rendono la paziente più "lenta, imprecisa, inaffidabile e con un minore rendimento davanti ad ogni mansione lavorativa" (doc. AI 160-26). La problematica neurologica si manifesta con cefalee accusate da RI 1 che possono da un lato contribuire a ridurre il rendimento sul lavoro, dall'altro causare brevi periodi di assenza dal lavoro, in occasione di possibili crisi di maggiore intensità (doc. AI 160-27) Infine, sul piano reumatologico vengono ripresi i limiti funzionali e di carico fissati dal Dr. _____ nel referto peritale del 27 agosto 2010 (doc. AI 160-49; 160-27). In una visione d'insieme i limiti descritti nei vari ambiti non vanno sommati – secondo la Dr.ssa _____ e il Dr. _____ del SAM – bensì integrati " in quanto la maggior parte si riferiscono ad una riduzione del rendimento durante il lavoro e pertanto si sovrappongono " (doc. AI 160-27). Nello scritto del 5 luglio 2011 i medesimi periti hanno ribadito l'assenza di cumulo dei singoli gradi d'incapacità nell'apprezzamento globale dello stato valetudinario dell'assicurata (doc. X3). Il TCA non ha quindi nessuna ragione per scostarsi dalla valutazione del SAM. In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM e quella del CPAS i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.),

alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato 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 schweiz. 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 dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata è abile al lavoro nella misura del 70% in ogni attività dal mese di agosto 2010. La consulente in integrazione professionale nel proprio rapporto del 10 gennaio 2011, per quanto riguarda le attività esigibili dall'assicurata ha rimandato alle attività semplici e ripetitive della categoria 4 TA1 (doc. AI 168-2). 2.8. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dalla ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2011 (la soppressione della rendita è effettiva dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione). L'amministrazione ha applicato i dati del 2009 che vanno quindi aggiornati al 2011. 2.8.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui – in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione – la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). Nel caso di specie, l'assicurata ha frequentato quattro anni di scuola elementare in _____, per poi trasferirsi in Germania quale collaboratrice familiare. Al rientro in _____ ha frequentato l'apprendistato di sarta (interrotto dopo due anni). Dopo l'arrivo in Ticino ha svolto l'attività di operaia orologiaia (nel 1991), per la _____ di _____, poi presso la _____ di _____ (catena di montaggio e posa quadranti e lancette). A partire dal 29 novembre 1999 l'insorgente non ha più svolto alcuna attività lavorativa (cfr. doc. AI 168-1). A mente di questa Corte ritenuto come l'assicurata non ha più esercitato un'attività

lavorativa e la precedente ditta (_____) non esiste più, non è possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che ella avrebbe potuto conseguire senza invalidità. In considerazione di ciò, il reddito da valido va determinato sulla base di dati statistici. L'amministrazione, nella decisione impugnata del 2 maggio 2011, ha erroneamente utilizzato l'importo mensile di fr. 4'089.-- corrispondente alla Tabella TA1 2008, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 29,34,35 " Fabbr. di macchine e mezzi di trasporto", pari a fr. 50'604 annui nel 2009 (cfr. doc. AI 183-1; XV+1). È corretto invece applicare i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, nel frattempo aggiornati al 2010, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 26 " Fabbr. di computer e prodotti di elettronica e ottica; orologi " ottenendo un importo mensile di fr. 4'554.-- che riportato su 41.6 ore corrisponde a fr. 4'736.16 al mese, pari a fr. 56'833.92 all'anno che aggiornati al 2011 sono fr. 57'572.76 (+1,3% per il 2011, cfr. stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali, Ufficio federale di statistica).

2.8.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso 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). Nel caso concreto, applicando i dati forniti dalla succitata tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 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.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'225.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 4'394.-- mensili oppure a fr. 52'728.-- per l'intero anno (fr. 4'394.-- x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella

causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali ("Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2011 (+1,3%, stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali, Ufficio federale di statistica), un reddito mensile di fr. 4'451.12 oppure di fr. 53'413.44 per l'intero anno (fr. 4'451.12 x 12). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, 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. La riduzione massima consentita ammonta al 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). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. _____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen. 2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen

der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa). 2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievov), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievov). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievov). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievov), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V

104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.8.3. In concreto, nel rapporto del 22 dicembre 2010, la Consulente in intergrazione professionale ha applicato una riduzione del 4% per attività leggere e del 5% per altri fattori di riduzione (doc. AI 165-3), mentre la ricorrente ha postulato la riduzione massima del 25% (doc. I, XVII). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " *Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).*" Nella presente fattispecie la percentuale globale del 9% può essere confermata dal TCA. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che per costante giurisprudenza il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr .

53'413.44, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 70% e ammettendo la riduzione del 9%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 34'024.36 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 57'572.76 (consid. 2.8.1.) emerge un tasso d'invalidità del 40,9% arrotondato al 41% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto ad un quarto di rendita d'invalidità. Ne consegue che, annullata la decisione impugnata, il quarto di rendita AI deve essere ripristinato dal 1° luglio 2011 (il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione contestata; cfr. art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). 2.9. L'assicurata nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di ulteriori accertamenti medici pluridisciplinari (doc. I). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (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 medici 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. 2.11. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

E. 30

giugno 2011 il Dr. _____ si è così espresso:

■()