

TI_GERICHTE 32.2012.221 vom 24. Juli 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-07-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.221

FR: TI_GERICHTE 32.2012.221 du 24 juillet 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.221 del 24 luglio 2012

Regeste

Cambiamento del metodo applicabile per calcolare il grado d'invalidità; soppressione del quarto di rendita in via di revisione dal novembre 2009 fino ad aprile 2011 (prima del peggioramento riconducibile alla stessa patologia)

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.05.2013 32.2012.221 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.05.2013 32.2012.221 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 15.05.2013 32.2012.221

Cambiamento del metodo applicabile per calcolare il grado d'invalidità; soppressione del quarto di rendita in via di revisione dal novembre 2009 fino ad aprile 2011 (prima del peggioramento riconducibile alla stessa patologia)

Raccomandata Incarto n. 32.2012.221 FS /sc Lugano 15 maggio 2013 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattore: Francesco Storni, vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso dell'11 settembre 2012 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 24 luglio 2012 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto in fatto 1.1. L'Ufficio AI, con decisione 25 aprile 2003 – viste le risultanze degli accertamenti medici esperiti (doc. AI 5/1-4, 9/1-4 e 12/1-20) e dell'inchiesta economica del 20 novembre 2002 per le persone che si occupano dell'economia domestica (doc. AI 10/1-8) –, ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad un quarto rendita dal 1. aprile 2002 (doc. AI 18/1-2). Il diritto al quarto di rendita è stato in seguito confermato con comunicazione 5 settembre 2005 (doc. AI 30/1-2). 1.2. Nell'ambito della revisione intrapresa nel febbraio 2008 (doc. AI 36/1), l'Ufficio AI, con decisione 9 settembre 2009 (doc. AI 75/1-4), preavvisata con progetto 3 giugno 2009 (doc. AI 70/1-3), ha soppresso il diritto alla rendita con effetto dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione e tolto l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso. In esito al ricorso dell'8 ottobre 2009 (doc. AI 76/2-12), inoltrato contro la decisione del 9 settembre 2009, con STCA del 21 dicembre 2009 (doc. AI 79/1-23), questo Tribunale ha annullato la decisione impugnata e rinviato gli atti all'Ufficio AI affinché – in applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi ritenuta l'assicurata quale salariata al 100% –, esperiti i necessari accertamenti medici, si pronunciasse nuovamente sulla revisione intrapresa nel febbraio 2008. Contestualmente il TCA ha respinto la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo. 1.3. Con decisione 24 luglio 2012, oggetto della presente vertenza, preavvisata il 14 maggio 2012 (doc. AI 140/1-4) – sulla base della perizia pluridisciplinare del SAM del 28 aprile 2010 (doc. AI 97/1-54), della valutazione della consulente in integrazione del 2 novembre 2010 con relative tabelle (doc. AI 106/1-7, 107/1-6 e 120/1-3), della perizia del dr.

_____ del 25 agosto 2011 (doc. AI 118/1-10) e dei rapporti / annotazioni del medico SMR dr. _____ del 30 aprile 2010, del 31 agosto 2011, del 15 febbraio e 24 aprile 2012 (doc. AI 98/1-3, 119/3, 133/1 e 137/1) – , l'Ufficio AI ha confermato la soppressione del diritto alla rendita con effetto dal 1. novembre 2009. Contestualmente l'amministrazione – ritenuto il peggioramento della situazione valetudinaria dal maggio 2011 (doc. AI 119/1-3) con conseguente risorgere dell'invalidità per incapacità al lavoro della stessa origine (doc. AI 133/1 e 137/1) – , in applicazione dell'art. 29bis OAI, ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad un quarto di rendita con effetto dal 1. maggio 2011 (doc. AI 145/1-4 e 144/1-4).

1.4. Contro la decisione del 24 luglio 2012 l'assicurata, tramite l'avv. RA 1, ha inoltrato il presente ricorso con il quale – contestata la valutazione medica ed economica con argomentazioni di cui si dirà, se necessario, nel merito – ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata ed il riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita fino al 30 aprile 2011 ed ad una rendita di tre quarti dal 1. maggio 2011.

1.5. Con la risposta di causa l'Ufficio AI – vista l'annotazione 25 settembre 2012 del medico SMR dr. _____ (IV/1) e con argomentazioni di cui si dirà, se necessario, in seguito – ha chiesto di respingere il ricorso.

1.6. Invitata espressamente a presentare osservazioni scritte in merito all'annotazione del 25 settembre 2012 del dr. _____ (V), l'insorgente è rimasta silente.

considerato in diritto

2.1. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha soppresso in via di revisione il diritto ad un quarto di rendita dal 1. novembre 2009 e riconosciuto lo stesso diritto dal 1. maggio 2011 in applicazione dell'art. 29bis OAI. L'insorgente postula il diritto ad un quarto di rendita fino al 30 aprile 2011 e ad una rendita di tre quarti dal 1. maggio 2011.

2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129

V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione

duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA I 702/03 del 28 maggio 2004, consid. 5 e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; 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.). Sul tema confronta la STF 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). Infine, va fatto presente che il TFA si è confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibriomalgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del 19 maggio 2006).

2.4. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una revisione può in particolare giustificarsi se un altro metodo di valutazione d'invalidità s'impone (DTF 119 V 475 consid. 1b/aa con riferimenti; cfr. vedi anche STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, consid. 2, pure con riferimenti). Vi è motivo di revisione anche allorquando cambiano sensibilmente le circostanze (ipotetiche) che hanno determinato la scelta del metodo applicabile al calcolo del grado d'invalidità (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012, consid. 5.1). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, in: *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, 2010, ad art. 30/31 (art. 17 LPGA), pag. 379-380). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di

aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

2.5. Per costante giurisprudenza quando l'autorità cantonale di ricorso pronuncia una decisione di rinvio, l'autorità alla quale il caso è rinviato così come quella che ha reso la decisione di rinvio sono obbligate a conformarsi alle istruzioni della sentenza di rinvio (STF 9C_160/2011 del 13 dicembre 2011 consid. 2 e 9C_203/2011 del 22 novembre 2011 e la giurisprudenza federale e dottrina in esse citate).

2.6. In concreto, nella STCA di rinvio del 21 dicembre 2009 (doc. AI 79/1-23), questo Tribunale ha annullato la decisione 9 settembre 2009 (doc. AI 75/1-4) con cui l'Ufficio AI aveva soppresso, in via di revisione, il diritto ad un quarto di rendita stabilito con la decisione del 25 aprile 2003 e confermato con la comunicazione del 5 settembre 2005 (cfr. consid. 1.1 e 1.2 e doc. AI 18/1-2 e 30/1-2). Per quanto riguarda il metodo da applicare per il calcolo del grado d'invalidità, aspetto questo peraltro nemmeno contestato, questo Tribunale non ha motivo per non confermare le conclusioni a cui era pervenuto nella STCA di rinvio del 21 dicembre 2009 secondo cui "(...) vista la sua nuova situazione di separata, ritenuta l'età dei figli che vivono con lei (15 rispettivamente 18 anni; vedi doc. AI 33/1) e, soprattutto, considerato il tenore della summenzionata lettera di risposta 25 aprile 2008, a ragione l'Ufficio AI ha considerato l'assicurata quale salariata al 100% e, di conseguenza, applicato il metodo ordinario del confronto dei redditi per il calcolo del grado d'invalidità. Del resto – a prescindere dal fatto che le conclusioni a cui è giunta l'amministrazione non sono state contestate – anche dal ricorso emerge che nei mesi di agosto, settembre e ottobre 2008 l'assicurata ha lavorato al 100% quale ricezionista presso la Clinica _____. (...)” (doc. AI 79/11). Ribadito dunque che l'assicurata va ora ritenuta salariata al 100% e ricordato che vi è motivo di revisione anche allorché cambiano sensibilmente le circostanze che hanno determinato la scelta del metodo applicabile al calcolo del grado d'invalidità (cfr. consid. 2.4 e la giurisprudenza ivi citata), occorre appurare se, visti gli accertamenti medici, a ragione l'Ufficio AI ha soppresso il diritto ad un quarto di rendita dal 1. novembre 2009 riconfermandolo dal 1. maggio 2011 in applicazione dell'art. 29bis OAI.

2.7. Conformemente alla STCA di rinvio – vedi anche l'annotazione 24 febbraio 2010 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 86/1) –, l'Ufficio AI ha predisposto una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 89/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 28 aprile 2010 (doc. AI 97/1-54) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: "(...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Grave gonartrosi femororotulea a ds. più cha a sin. su displasia congenita delle rotule in: - stato dopo intervento correttivo bilaterale tra la fine degli anni '70 ed inizio degli anni '80 (dr. med. _____); - stato dopo impianto osteocartilagineo tramite plastica a mosaico sulla faccetta mediale della rotula, riallineamento della rotula tramite distalizzazione/lateralizzazione della tuberosità tibiale il

6.5.2002 (Dr. med. _____); - previsto per autunno 2010 impianto di una protesi femorotulea al ginocchio destro. **Sindrome del dolore cronico con:** - DD: sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme; Conosciuta lesione parziale del sopraspinato alla spalla ds.: - attualmente senza chiari segni per un conflitto sottoacromiale.

5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Ansia episodica parossistica (ICD-10 F 41.0) con pregresse fasi disforiche-ansiose-somatoformi. Obesità corporea (BMI ca. 29%). Incipiente contrattura Dupuytren palmare, prevalentemente a ds.. Stato dopo colecistectomia laparoscopica per colecistolitiasi nel 1991. Possibile minimo difetto funzionale dei trombociti (Prof. Dr. med _____, specialista ematologia, 2002). Stato dopo possibile plastica vaginale superiore per incontinenza urinaria del 2007 (mancano atti in merito). (...)" (doc. AI 97/22-23) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti – dopo attento esame e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) - per il mansionario relativo all'attività di portinariato, nella misura del 50% (limiti di carico e funzionali sull'arco di un normale orario lavorativo; - per il mansionariato relativo all'attività di segretaria -telefonista nella misura del 70% (lievi limitazioni funzionali, nonché di rendimento sull'arco di un normale orario di lavoro); - per il mansionariato relativo all'attività di casalinga (economia domestica di sole tre persone adulte), nella misura del 70% (limiti funzionali e di carico) (...)" (doc. AI 97/28) – i periti hanno espresso il seguente giudizio circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8. **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORTIVA** Le conseguenze sulla capacità di lavoro dell'A. nelle attività finora svolte, si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi constatati a livello muscoloscheletrico. A livello psicologico e mentale non abbiamo invece evidenziato sostanziali e/o durature limitazioni, come già valutato dallo psichiatra curante Dr. med. _____. Sul piano reumatologico l'A. presenta limitazioni funzionali e di carico per tutte le attività lavorative medio-pesanti, richiedenti il mantenere in modo prolungato la posizione eretta, il doversi frequentemente inginocchiare o deambulare per lunghi tragitti, inoltre il dover operare in modo ripetuto o con forza con il braccio dominante ds. sopra l'altezza delle spalle. Gli aspetti poi legati alla sindrome del dolore cronico rendono l'A. meno resistente, maggiormente affaticabile, riducendone così il suo rendimento sul lavoro. Le attività finora svolte dall'A. risultano pertanto ancora praticabili nelle misure descritte al capitolo 7. Per quanto riguarda la determinazione temporale della prolungata limitazione della capacità lavorativa dell'A. possiamo affermare che da aprile 2001 (peggioramento dei dolori alle ginocchia, prevalentemente a ds.) la capacità lavorativa dell'A., allora attiva unicamente in qualità di casalinga, è valutabile nella misura del 70%, come descritto al capitolo 7 (nell'incarto degli atti ricevuti dall'Ufficio AI del Canton Ticino non è presente il rapporto dell'inchiesta economica per casalinghe effettuata nel corso del 2002). Per quanto invece riguarda le attività lucrative svolte dall'A. in seguito, valgono pure le valutazioni esposte al capitolo 7. Da allora lo sviluppo delle limitazioni della capacità di lavoro non ha presentato sostanziali e/o durature mutazioni. Nel prossimo futuro va tenuto conto di un periodo di totale incapacità lavorativa, a partire dal previsto intervento di impianto di protesi femorotulea, dapprima al ginocchio ds. (autunno 2010), per un periodo valutabile tra i tre e sei mesi, ed in seguito molto probabilmente lo stesso intervento dovrà essere eseguito pure al ginocchio sin.. 9. **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** Non riteniamo che provvedimenti di integrazione professionale possano migliorare sensibilmente lo stato valetudinario dell'A., la quale potrà in futuro continuare a svolgere la sua attuale attività di segretaria-telefonista, lavoro da considerare adeguato alle

menomazioni del suo stato di salute. Provvedimenti medici sono certamente indicati, ma non riteniamo che potranno sensibilmente migliorare lo stato valetudinario dell'A.. Dal lato medico-teorico l'A. è da considerare in grado di svolgere altre attività, compatibilmente con le sue competenze professionali, rispettose dei limiti funzionali e di carico descritti al capitolo 8, nella misura del 70%, come descritto al capitolo 7, e ciò a partire da aprile 2001.

10. OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM Domande particolari non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 97/28-29) Il dr. _____, nel rapporto del 30 aprile 2010 (doc. AI 98/1-3), ha concluso per una capacità lavorativa del 70% in un'attività adeguata dal novembre 2008. Nell'ambito delle osservazioni dell'8 aprile 2011 (doc. AI 113/1-2) al progetto di decisione 28 marzo 2011 (doc. AI 109/1-3), l'insorgente, già allora patrocinata dall'avv. RA 1, ha contestato la valutazione del SAM e ha prodotto ulteriore documentazione medica (doc. AI 114/1-4). Al riguardo – visto che nella valutazione 10 maggio 2011 il dr. _____ aveva indicato la necessità di porre la seguente domanda supplementare peritale: "(...) si è modificato lo stato funzionale dell'Assicurata rispetto alla perizia SAM di un anno fa o possiamo reputare che l'eventuale IL dettata dalla discopatia lombosacrale, sia già inglobata nella misura della IL stessa dettata dal SAM e causata dalla grave gonartrosi? (...)" (doc. AI 116/1) –, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia a cura del dr. _____ (doc. AI 117/1-2). Il dr. _____, FMH in neurologia, nella perizia del 25 agosto 2011 (doc. AI 118/1-10) – poste le diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di "(...) 1. Sindrome lombospondilogenica e miofasciale cronica - in evoluzione da fine 2010 • Discopatia di grado lieve • Alterazioni della statica lombare e dorsale • Probabile frattura non acuta a carico dell'articolazione sacro-iliaca destra; 2. Sindrome del dolore cronico • DD: sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme; 3. Grave gonartrosi femororotulea a ds. più che a sin. su displasia congenita delle rotule: • stato dopo intervento correttivo bilaterale tra la fine degli anni 70 ed inizio degli anni 80; • stato dopo impianto osteocartilagineo tramite plastica a mosaico sulla faccetta mediale della rotula, riallineamento della rotula tramite distalizzazione/lateralizzazione della tuberosità tibiale il 6.5.2002; 4. Conosciuta lesione parziale del sopraspinato alla spalla destra; 5. Probabile reazione depressiva reattiva (...)" (doc. AI 118/9) –, si è così espresso: "(...) Oggettivamente siamo confrontati con un'assicurata in sovrappeso, che presenta una sintomatologia dolorosa diffusa alla palpazione di tutto l'apparato osteomuscolare, ma in particolare nella zona lombare e delle ginocchia, con la mobilità della colonna lombare estremamente ridotta in tutte le direzioni, senza però una contrattura muscolare particolarmente accentuata. All'esame della forza si apprezzano alcune discrepanze tra l'esame diretto e l'osservazione indiretta, in relazione con dei meccanismi verosimilmente antalgici di protezione. Tuttavia durante l'osservazione indiretta non appare eccessivamente limitata funzionalmente, per cui è possibile assimilare un'assenza di deficit motorio in relazione con le problematiche radicolopatiche o troncolari nervose. Esami paraclinici dimostrano inoltre una normale conduzione del nervo mediano oltre che l'assenza di attività corrispondente a denervazione nel muscolo vasto mediale, in presenza di pochi potenziali d'azione volontari, ma dell'aspetto normale. Radiologicamente la colonna lombare mostra discreti segni di degenerazione dei dischi a livello L3-L4 e L4-L5, oltre che a livello toracico basso alla transazione toraco-lombare, senza tuttavia presenza di rilevanti protrusioni o conflitti con le strutture nervose. E' anche descritta una

frattura probabilmente da stress a livello dell'articolazione sacro-iliaca destra, non acuta. (...) In sintesi: Il quadro clinico è quindi compatibile con una sindrome spondilogenica cronica e sindrome miofasciale, con alterazione della statica e della postura secondaria, in una paziente portatrice di dolori cronici tipo fibromialgico ed importante decondizionamento in relazione alla sindrome del dolore cronico ed obesità. La componente somatoforme alla manifestazione dolorosa non è da escludersi, in relazione con le discrepanze osservate durante l'esame obiettivo. A questo scopo può giocare un ruolo anche la recente depressione del tono dell'umore, reattiva alla scomparsa del padre a cui la paziente era molto legata. La discrepanza tra la severità dei sintomi provati e la rilevanza dei reperti oggettivabili può anche essere valutata sotto questo aspetto, di pertinenza psicosomatica, aggravata inoltre dalla recente perdita di parte del suo lavoro come segretaria centralinista. Dal punto di vista della valutazione dell'attività lavorativa, devono essere prese in considerazione le modifiche dello stato di salute venutasi a creare rispetto alla valutazione SAM dell'aprile dell'anno scorso. Neurologicamente appare una mobilitazione a carico dell'arto inferiore destro più difficoltosa, sebbene ora come nel 2010 non si possano oggettivare delle sicure paresi. Dal punto di vista reumatologico nel 2010 veniva descritta una buona mobilità dell'intera colonna, che si presentava in asse, non particolarmente dolente alla palpazione e non contratta, mentre che attualmente risulta essere diffusamente dolente, con riduzione della mobilità soprattutto negli ultimi segmenti lombari e con discrete alterazioni della statica. Radiologicamente rispetto ad una prima risonanza del 2007, quella recentemente eseguita mostra una molto discreta accentuazione dei reperti riconducibili a discopatia nel contesto degenerativo cronico lentamente progressivo. Dal punto di vista psichiatrico mentre nel 2010 non venivano riferiti particolari problematiche eccetto quella di una sindrome ansiosa parossistica, un anno più tardi l'assicurata viene confrontata con una deflessione reattiva del tono dell'umore. Si oggettiva quindi un discreto peggioramento della situazione di salute rispetto alla precedente valutazione SAM, che si può rispecchiare in una minor capacità lavorativa residua, in particolare per quanto riguarda le attività che implicano movimenti e l'esecuzione di compiti anche solo leggermente pesanti. Per l'esecuzione dell'attività quale portinaia, in considerazione dei movimenti necessari per la pulizia delle scale degli stabili la capacità lavorativa residua da ritenersi è del 40%, quale segretaria telefonista è anche ipotizzabile una lieve riduzione della capacità lavorativa residua, da stimare al 60%, in relazione della necessità di interrompere il proprio lavoro con qualche pausa in più, per modificare più spesso la propria posizione. Quale casalinga la capacità di lavoro residua è da stimarsi intorno al 40%, similmente per quanto attiene alla capacità come portinaia. Verosimilmente non vi sono particolari misure riabilitative o rieducative che possano migliorarne le capacità lavorative residue. Per quanto attiene alla sintomatologia dolorosa dell'intero apparato locomotore è importante mantenere una mobilità il più efficiente possibile, con delle sedute di ginnastica adattate alla patologica fibromialgica, oltre che a sedute di fisioterapia mirate a migliorare la propriocezione dell'intero asse vertebrale ed il mantenimento di una postura il più corretta possibile. Dal punto di vista medicamentoso oltre all'assunzione di medicinali analgesici antinfiammatori al bisogno, non ci sono particolari attitudini da suggerire. Il previsto intervento a livello delle ginocchia potrebbe probabilmente migliorare leggermente la situazione agli arti inferiori, ma difficilmente potrà influire in modo determinante sulla capacità di lavoro residua. Dal punto di vista psichiatrico la situazione potrebbe migliorare una volta elaborato il lutto e trascorso un determinato lasso di tempo dalla recente scomparsa del padre. Non ritengo che nel futuro vi siano possibilità di un miglioramento,

tale da influire in maniera significativa e duratura sulle capacità di lavoro residua. (...)” (doc. AI 118/9-10) Al riguardo, il dr. _____, nel rapporto finale del 31 agosto 2011 (doc. AI 119/1-3), ha concluso per una capacità lavorativa del 60% in un’attività adeguata dal maggio 2011 e, nelle annotazioni del 15 febbraio e del 24 aprile 2012, ha precisato che “(...) le % di IL indicate nella proposta del 31 agosto 2011 sono in parte dovute ad affezioni già presenti in passato (grave gonartrosi), ma anche alla sindrome lombospondilogenica in evoluzione da fine 2010 (...)” (doc. AI 133/1) rispettivamente che “(...) le limitazioni sulla misura della CL dettate dalla sindrome da dolore cronico sono marginali e ampiamente inglobate dalle limitazioni conferite dalle altre patologie organiche sofferte. Non cambiano dunque le IL% precedentemente descritte nel Rapporto finale SMR del 31 agosto 2011. Possiamo considerare la sindrome lombospondilogenica e miofasciale cronica come maggiormente invalidante, sebbene essa si sia acuita anche a causa del problema alle ginocchia; per cui possiamo affermare che le due patologie si influenzano vicendevolmente, peggiorando il quadro clinico e di conseguenza lo stato funzionale (...)” (doc. AI 137/1). L’Ufficio AI – viste le risultanze mediche svenunciate – con decisione 24 luglio 2012 ha quindi confermato la soppressione della rendita con effetto al 1. novembre 2009 e, conformemente all’art. 29bis OAI, ha ripristinato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. maggio 2011.

2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell’AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell’assicurazione invalidità, l’Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d’accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall’art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l’acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell’assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell’autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell’assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può

evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9.

Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM e il dr. _____ (i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice), sulla base delle quali il dr. _____ ha confermato una capacità lavorativa in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti del 70% dal novembre 2008 e del 60% dal maggio 2011. Quanto alla censura in base alla quale, vista la documentazione medica agli atti che denoterebbe un peggioramento dello stato di salute, in ogni caso non si giustificerebbe la soppressione del diritto ad un quarto di rendita (nel ricorso l'insorgente sostiene infatti che "(...) sta di fatto, in conclusione, che non è affatto vero che la condizione di salute della ricorrente si sia mantenuta in questi anni in una "situazione perlopiù invariata" . Al contrario, tutti gli accertamenti medici effettuati – tra le righe lo stesso rapporto peritale del SAM! – evidenziano di una situazione medica che è senza dubbio andata peggiorando . (...)” (I pag. 7)) , va rilevato quanto segue. Con la decisione del 25 aprile 2003 all'assicurata era stato riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita viste le risultanze dell'inchiesta 20 novembre 2002 per le persone che si occupano dell'economia domestica (doc. AI 10/1-8). Dall'inchiesta emerge infatti che l'assicurata, sarta di formazione e casalinga da dopo il matrimonio (avvenuto nel giugno 1989 come risulta dalla prima pagina della sentenza di divorzio sub doc. AI 51/2), negli anni era stata sottoposta a diversi interventi e terapie a carico delle ginocchia e, in base all'esito degli stessi (così come descritto dall'interessata; nell'incarto mancavano infatti i referti medici relativi agli interventi del maggio e luglio 2002 del dr. _____), la consulente aveva concluso per un grado d'invalidità del 42%. Questa valutazione era poi stata confermata dal medico SMR dr. _____ nella proposta del 21 marzo 2003 (doc. AI 14/1). In seguito, l'Ufficio AI – vista l'annotazione 31 agosto 2005 nella quale il dr. _____ si era così espresso: "(...) NB: La patologia psichiatrica, definita dal curante "sindrome ansioso depressiva grave", non viene ritenuta dal curante con influsso sulla CL!! A. casalinga 40enne, IL 42% dopo inchiesta casalinghe, per artrosi bilaterale alle ginocchia su mal posizione delle patelle (già

sottoposta ad interventi chirurgici). Per quanto riguarda l'attività lavorativa di salariata intrapresa, si tratta di prendere appuntamenti (per telefono) per i rappresentanti di una ditta farmaceutica, attività molto ridotta, che può essere svolta a casa e nella quale non ha nessun impedimento (per lo meno nella misura in cui la svolge ora, ma anche in misura maggiore) (...)” (doc. AI 29/1) – , con comunicazione 5 settembre 2005 (doc. AI 30/1), ritenuta una situazione invariata, aveva ancora confermato il diritto al quarto di rendita (grado d'invalidità del 42%). In simili circostanze – ricordato che l'assicurata, come emerso in sede di revisione intrapresa nel 2008 (cfr. doc. AI 34/1, 35/1, 36/1, 37/1, 38/1 e 45/1) e confermato da questo Tribunale nella STCA di rinvio del 21 dicembre 2009 (cfr. consid. 2.6), andava ritenuta quale salariata al 100% con conseguente cambio del metodo applicabile al calcolo del grado d'invalidità – , ancorché si tratti di una revisione, non essendoci una precedente valutazione medica al riguardo non è possibile pretendere dai periti interpellati dall'amministrazione una precisa motivazione in merito al miglioramento della capacità lavorativa. Inoltre, anche di fronte ad un peggioramento della situazione valetudinaria, è possibile che il calcolo del grado d'invalidità in applicazione di un diverso metodo possa condurre alla soppressione di una rendita precedentemente erogata. Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alla documentazione medica prodotta con il ricorso. Infatti, per quanto concerne la RM della colonna lombare del 31.12.2003 (vedi il retro del doc. B), il dr. _____ non si è espresso sulla capacità lavorativa. L'esame RM-colonna lombare del 17 aprile 2011 del dr. _____ (doc. B) e i certificati medici 12 aprile 2011 del dr. _____ doc. C), FMH in medicina interna, e 18 aprile 2011 della dr.ssa _____ (doc. D), FMH in medicina fisica e riabilitazione, sono già stati considerati dal dr. _____ nella perizia del 25 agosto 2011 (doc. AI 118/1-10 e consid. 2.7). Quanto al rapporto del dr. _____ (doc. H), indirizzato alla dr.ssa _____ e all'ulteriore certificato medico dell'11 ottobre 2010 con aggiunta del 3 settembre 2012 della stessa sanitaria (doc. E e I) – a prescindere dal fatto che la dr.ssa _____ non si è confrontata debitamente né con la perizia pluridisciplinare del 28 aprile 2010 del SAM né con quella del 25 agosto 2011 del dr. _____ e che, nel certificato dell'11 ottobre 2010, ha attestato che “(...) non vedo come l'attività lavorativa con mansioni di telefonista possa essere svolta senza presentare dolore e affaticamento, se non in una percentuale non superiore al 30% (...)” (doc. E), allorquando, in quello del 3 settembre 2012, aveva concluso che “(...) una capacità lavorativa al massimo del 40% come segretaria e del 10% come portinaia dovrebbero essere giustificate. (...)” (doc. I) – , questo Tribunale non ha motivo di scostarsi e deve fare propria la valutazione 25 settembre 2012 nella quale il medico SMR dr. _____ ha concluso che “(...) dall'attuale documentazione medica (ndr. si riferisce alla documentazione prodotta con il ricorso) non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del dr. _____. Si conferma la presenza d'una grave gonartrosi qualificante per un intervento di artroprotesi già accertata in occasione della valutazione peritale SAM. Si conferma pure presenza d'una problematica lombare limitante, problematica presa debitamente in considerazione dalla rivalutazione peritale di 5.2011. Fuori dubbio un peggioramento dello stato di salute rispetto al 2002. Faccio però notare che un intervento di artroprotesi alle ginocchia potrebbe ridurre la sintomatologia e potrebbe probabilmente pure portare ad un aumento della CL residua. (...)” (IV/1). Del resto, anche se invitata espressamente a formulare osservazioni scritte in merito, l'insorgente è rimasta silente (cfr. consid. 1.6). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il

giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Rispecchiando la perizia pluridisciplinare 28 aprile 2010 del SAM (doc. AI 97/1-54) e quella 25 agosto 2011 del dr. Scacchi (doc. AI 118/1-10) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8), è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha confermato una capacità lavorativa in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti del 70% dal novembre 2008 e del 60% dal maggio 2011. In questo senso, da una parte non può essere seguita la dr.ssa _____ laddove, nel certificato 11 ottobre 2010, conclude che "(...) ritengo indispensabile sottoporre la Sig.ra a nuova perizia per approfondimento degli aspetti funzionale e psichiatrico (...)" (doc. E) – la sanitaria, lo si ribadisce, non si è infatti confrontata con le perizie del SAM e del dr. _____; inoltre, dopo il consulto del 22 marzo 2010 del dr. _____ (doc. AI 97/30-34), FMH in psichiatria e psicoterapia, non risulta che l'insorgente abbia fatto capo a specialisti psichiatrici e la semplice evocazione di un problema di questa natura, in assenza di un indizio concreto in questo senso, non rende di per sé necessario un accertamento psichiatrico (cfr. la STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013, consid. 4.1) –, dall'altra va pure disattesa la domanda di un'ulteriore perizia specialistica formulata con il ricorso. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.10. Quanto alla valutazione economica questo Tribunale rileva quanto segue. Il consulente in integrazione, nella nota del 12 marzo 2009 (doc. AI 56/1), vista l'interruzione dell'attività lavorativa (dal conto individuale risultano importi solo per gli anni dal 1984 al 1990) con ripresa della stessa, a causa del cambiamento dello stato civile (divorzio nel 2008; cfr. doc. AI 37/3-7, 37/8-10, 51/2 e 51/3-4), dopo una lunga assenza, ha confermato l'applicazione dei dati statistici per il calcolo del reddito da valido. L'assicurata, ancorché sarta con diploma, non ha mai praticato questa attività (cfr. anamnesi professionale del SAM sub doc. AI 97/12) e dagli atti risulta che dal giugno 2005 ha iniziato, in tempi diversi e con tempo di lavoro variabile, delle attività lavorative (per l'attività di portinaia vedi l'attestato del sig. _____ sub doc. AI 44/1-6 e per quella di telefonista, consistente nel fissare appuntamenti presso i medici dal proprio domicilio, vedi gli attestati della _____, della _____ e della _____ con relativi conteggi salariali sub doc AI 42/1-11, 43/1-9, 123/1 e 128/1-13). In simili circostanze, rammentato che per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute, occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (in casu gli anni 2009, 2010 e 2011),

guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali, questo Tribunale deve concludere che, in assenza di un lavoro regolare e vista la lunga assenza da questo mondo, per il calcolo del reddito da valido vanno applicati i dati statistici ISS relativi alla divisione economica 1 con livello di qualifica 4 per attività semplici e ripetitive. Il reddito da valido risulta essere dunque il seguente: - 52'446.40 (2009) (fr. 4'116.-- [secondo la tabella TA1 valida per il 2008] aumentati del 2.1% e riportati su 41.6 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 6-2012, pag. 94-95] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] = 52'446.40) - 52'728.00 (2010) (fr. 4'225.-- [secondo la tabella TA1 valida per il 2010] riportati su 41.6 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 6-2012, pag. 94] moltiplicati per 12 = 52'446.40) - 53'383.29 (2011) (fr. 4'225.-- [secondo la tabella TA1 valida per il 2010] aumentati dell'1% e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2 e B 10.2, pubblicata in La Vie économique, 12-2012, pag. 90-91] moltiplicati per 12 = 52'446.40) Anche per il reddito da invalido – ritenuto che la stessa assicurata nel ricorso ha sostenuto che “(...) ella non ha mai ripreso a lavorare oltre il 50% (...)” (I, pag. 7), ricordato il principio giurisprudenziale per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400, 113 V 22; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572) e considerata la capacità lavorativa in un'attività adeguata del 70% dal novembre 2008 e del 60% dal maggio 2011 (cfr. consid. 2.9) –, potendo la ricorrente sfruttare al meglio la capacità lavorativa residua svolgendo un'attività semplice e ripetitiva nella misura del 70% rispettivamente del 60%, si giustifica applicare i valori statistici. Quanto alla riduzione ai sensi della DTF 126 V 80, riconosciuta nella misura dell'8% per attività leggere (la consulente in integrazione ha concluso che “(...) visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 8% per attività leggere e del/lo 0% per altri fattori (...)” (doc. AI 107/3)), questo Tribunale ritiene che per i seguenti motivi essa vada corretta. Infatti, questa Corte, nella sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, attualmente contestata davanti al Tribunale federale – avuto riguardo alla prassi sviluppata dall'Ufficio AI del Canton Ticino in merito e constatato che il Tribunale federale, finora - pur senza dettagliare in maniera così approfondita la percentuale attribuibile ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione) - ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 (5%-10%-15%-20%-25%); un'“eccezione” a tale regola è data nel caso in cui l'Alta Corte non determini in maniera precisa la deduzione, ma la fissi all'interno di due valori, come, ad esempio, avvenuto nella STF I 870/05 del 2 maggio 2007, nella quale, considerando che “a una persona nelle condizioni del ricorrente debba essere senz'altro concessa una deduzione tra il 15% e il 20%”, il TF ha applicato la riduzione del 17.5%, corrispondente alla media tra i due valori indicati –, ha concluso che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale, anche la più recente, adducendo che “(...) nonostante sia lodevole l'intenzione di garantire l'uguaglianza di trattamento adottata dall'Ufficio AI a

giustificazione dell'adozione di una propria "prassi interna" (cfr. doc. XXIII e doc. XXVIII), il TCA ritiene che ciò non può essere messo in atto autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino, ma deve avvenire tramite una direttiva a livello federale, da parte dell'UFAS, proprio al fine di garantire un'applicazione uniforme della legge in tutta la Svizzera. Trattandosi di riduzioni da apportare al reddito da invalido, determinato sulla base di valori nazionali (cfr., al riguardo, quanto deciso dalla Corte plenaria del Tribunale federale il 10 novembre 2005 a proposito dell'inapplicabilità, nella determinazione del reddito ipotetico da invalido per il Canton Ticino, dei valori statistici regionali, a favore dei salari statistici nazionali, SVR 2007 UV n. 17 pag. 56 citata al consid. 2.7.2.), anche la relativa quantificazione della deduzione da apportare non può che venire stabilita a livello federale (...)" (STCA 32.2012.36 consid. 2.7.4 pag. 27). In concreto, ritenuto che l'amministrazione ha confermato la riduzione dell'8% stabilita dalla consulente in integrazione che ha considerato un solo fattore legato all'esercizio di un'attività leggera, per quanto sopra esposto, la riduzione potrebbe ammontare al massimo al 10%. Applicando i dati statistici sia per il reddito da valido che per quello da invalido, ritenuta la capacità lavorativa residua del 70% dal novembre 2008 e del 60% dal maggio 2011 e applicando una riduzione del 10%, in base ad un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; 9C_294/2008 del 19 marzo 2009 e 8C_558/2008 del 17 marzo 2009), il grado d'invalidità risulta essere: - del 37% per il 2009 e fino ad aprile 2011 ($100 - [100 \times 70\% \text{ ridotto del } 10\%] = 37\%$) - del 46% da maggio 2011 ($100 - [100 \times 60\% \text{ ridotto del } 10\%] = 46\%$) Allo stesso risultato si giungerebbe anche se, a sfavore dell'assicurata, si volesse invece applicare una riduzione del 5%. In quest'ipotesi il grado d'invalidità risulterebbe infatti essere: - del 33,5% per il 2009 e fino ad aprile 2011 ($100 - [100 \times 70\% \text{ ridotto del } 5\%] = 33,5\%$) - del 43% da maggio 2011 ($100 - [100 \times 60\% \text{ ridotto del } 10\%] = 43\%$) Di conseguenza – viste le annotazioni 15 febbraio e 24 aprile 2012 del dr. _____ (doc. AI 133/1 e 137/1 riprodotte in esteso al consid. 2.7) e in corretta applicazione di quanto disposto dall'art. 29bis OAI – a ragione l'amministrazione ha soppresso il diritto ad un quarto di rendita dal novembre 2009 (il primo giorno del mese che segue la decisione del 9 settembre 2009 ai sensi dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI) fino a fine aprile 2011 (prima del peggioramento del maggio 2011). A titolo abbondanziale va qui rilevato che per l'anno 2010 e per i primi quattro mesi del 2011 non vi sarebbe alcun diritto ad una rendita anche se si volessero considerare i redditi effettivi conseguiti nei rispettivi anni (al riguardo va osservato che, in quanto lavoratrice dipendente e visto che nemmeno sono state documentate e/o comprovate, le spese pretese nel ricorso ["(...) tuttavia vanno dedotte le spese telefoniche, giacché la signora RI 1 lavora al domicilio, pari all'incirca a fr. 6'500.-- all'anno, nonché le spese per la pulizia dello stabile che ha dovuto far eseguire da terzi perchè non in grado di farle a cagione della sua invalidità, per circa fr. 3'500.-- (...) " (I, punto 5.3, pag. 10)] non possono essere considerate). Infatti, nel 2010, il reddito complessivo è stato di fr. 46'239.-- (fr. 18'927.-- dalla _____, fr. 20'112.-- dalla _____ e fr. 7'200.-- dal sig. _____; cfr. i rispettivi conteggi salariali e il questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 122/11, 128/12 e 130/1-7) e, nel 2011, di fr. 32'328.-- (fr. 4'620.-- dalla _____, fr. 20'508.-- dalla _____ e fr. 7'200.-- dal sig. Poretto; cfr. i rispettivi certificati di salario e il conteggio di chiusura conto sub. doc. AI 139/2, 139/3 e 139/4). Di conseguenza, in questa ipotesi, nel 2010 il grado d'invalidità risulterebbe essere del 12% ($[52'728.-- - 46'239.--] \times 100 : 52'728.-- = 12.30\%$ arrotondato al 12% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) e nel 2011 del 39% ($[53'383.29 - 32'328.00] \times 100 : 53'383.29 = 39.44\%$ arrotondato al 39%). 2.11. In

simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va confermata il ricorso respinto. 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico della ricorrente. 3.

Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente

Cattaneo

Fabio Zocchetti

Il segretario Daniele

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