

TI_GERICHTE 32.2015.98 vom 12. Mai 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-05-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.98

FR: TI_GERICHTE 32.2015.98 du 12 mai 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.98 del 12 maggio 2015

Regeste

Revisione, soppressione di una rendita a motivo del miglioramento delle condizioni dell'assicurata. Decisione confermata. Ammessa l'assistenza giudiziaria gratuita

Erwägungen

E. 12

maggio 2015 (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata; DTF 132 V 215, 130 V 138, 129 V 4 consid. 1.2), la quale è comunque stata resa quasi un mese dopo che è stata inviata la documentazione medica, l'insorgente non ha fatto pervenire alcuna documentazione o contestazione motivata sulle conclusioni mediche tratte dall'amministrazione, né del resto vi ha provveduto con il ricorso. E questo malgrado il mancato accoglimento della sostanziale richiesta di proroga contenuta nello scritto 16 aprile 2015. In queste circostanze non sussiste una violazione (grave) del diritto di essere sentito. Va del resto nuovamente rammentato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato, come in concreto, ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 p. 285; 124 V 180 consid. 4a p. 183). Il TCA dispone in effetti di un pieno potere di esame (cfr. anche STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGA). La ricorrente, oltre ad aver avuto la possibilità di consultare gli atti dell'Ufficio AI, che sono stati prodotti unitamente alla risposta di causa (e ricordato peraltro come la perizia SAM le fosse già stata messa a disposizione in precedenza), pendente causa ha avuto la facoltà di produrre nuova documentazione (anche quella successiva alla preannunciata visita a _____) e ulteriori osservazioni innanzi al TCA, che gode del pieno potere cognitivo, salvaguardando pertanto ampiamente il suo diritto di essere sentita. Un'eventuale violazione del diritto di essere sentita è quindi stata sanata in questa sede (sulla sanatoria della violazione del diritto di essere sentito da parte dell'istanza di ricorso avente pieno potere cognitivo cfr., ad esempio, DTF 132 V 387, consid. 5, p. 390; STF 8C_416/2015 del 30 settembre 2015; 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011; 2C_471/2009 del 23 luglio 2010). Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione per garantire il diritto di essere sentito - anche in caso di grave violazione - se, come in concreto, una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (STF 935/06 del 21 febbraio 2008 consid. 7.1 con riferimento a DTF 132 V 387 consid. 5.1 p. 390 con riferimenti, cfr. anche sentenza 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3).

Inconferente risulta l'ulteriore allegazione ricorsuale per la quale il progetto di decisione del 18 marzo 2015 potrebbe in realtà esserle stato recapitato soltanto il 15 aprile 2015, giorno in cui ella si è rivolta all'avv. RA 1, considerato come " in un primo momento l'Ufficio AI nemmeno era a conoscenza del suo nuovo indirizzo" . A suo dire, la decisione impugnata essendo poi stata resa "già" il 12 maggio 2015, all'assicurata non sarebbe stato garantito il termine minimo di 30 giorni ex art. 73ter cpv. 1 OAI (cfr. ricorso, p. 5, doc. I). Ora, dall'incarto risulta che il progetto di decisione del 18 marzo 2015 è stato inviato all'assicurata all'indirizzo di _____ (doc. AI 142). Lo stesso giorno (18 marzo 2015) con una e-mail all'Ufficio AI delle ore 18.57 (pervenuta quindi quando il progetto di decisione era già stato inviato) l'assicurata comunicava il cambiamento di indirizzo, da _____ a _____, precisando che " tra poco scade la rispedizione della posta e mi sono accorta che non avete cambiato il mio indirizzo. Lo chiedo gentilmente di cambiare nel vostro sistema" (doc. AI 143). Ora, considerato come il progetto di decisione inviato il 18 marzo 2015 non risulti essere stato rispedito al mittente dalla Posta, non vi è motivo di dubitare che il servizio di rispedizione fosse ancora attivo e che quindi l'invio sia stato celermente rispedito al nuovo indirizzo di _____, pervenendo alla destinataria presumibilmente un paio di giorni dopo. Del resto in nessun modo, né nello scritto all'Ufficio AI del 16 aprile 2015, né in quello successivo del 28 aprile 2015 (doc. AI 145, 148; cfr. sopra 2.2), il legale dell'assicurata ha lamentato una eventuale tardività nel ricevimento del progetto di decisione da parte della sua mandante. L'allegazione di tardivo ricevimento del progetto, formulata dalla ricorrente - del tutto tardivamente - solo in questa sede ricorsuale, risulta pertanto manifestamente irricevibile, ove oltretutto si ricordi come non sia sorretta da alcun mezzo probatorio che in qualche modo possa comprovare l'effettivo ricevimento del progetto in oggetto.

2.4. 2.4.1 Secondo l'art. 43 LPGA (Accertamento) l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto (cpv. 1). Se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi (cpv. 2). Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere di informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. (cpv. 3). In virtù dell'art. 69 cpv. 1 OAI, norma riguardante l'istruttoria, l'Ufficio AI esamina le condizioni assicurative, se necessario in collaborazione con la cassa di compensazione competente giusta l'art. 44. Per l'art. 69 cpv. 2 OAI, se tali condizioni sono adempiute, l'Ufficio AI procura gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi. A norma dell'art. 69 cpv. 4 OAI, al fine di esaminare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, gli Uffici AI sottopongono i necessari incarti al competente servizio medico regionale. Secondo l'art. 73 OAI, se l'assicurato rifiuta, senza scuse valide, un esame medico (art. 49 cpv. 2), una perizia (art. 69 cpv. 2), un colloquio con l'Ufficio AI (art. 69 cpv. 3) o di fornire informazioni (art. 28 LPGA), l'Ufficio AI può, dopo aver fissato un termine adeguato ed esposto le conseguenze della negligenza, decidere in base agli atti oppure sospendere gli accertamenti e decidere la non entrata nel merito (cfr. anche l'art. 7b cpv. 2 lett. d LAI). A proposito dell'art. 43 cpv. 3 LPGA, in una causa inerente

l'assicurazione contro le malattie (DTF 129 V 267), nel 2003 l'allora TFA ha affermato quanto segue: " (...) 5.3 En relation avec les circonstances de fait qui déterminent la quotité de la surprime (motif du retard et situation financière de l'intéressé), la caisse ne pouvait non plus, comme l'ont relevé à juste titre les premiers juges appliquer le taux maximum prévu par la loi (50%) sans avoir au préalable cherché à établir d'une manière ou d'une autre les circonstances déterminantes (motifs du retard et situation personnelle de l'intéressé). Il est vrai que les déclarations de ce dernier en procédure cantonale (lettre du 16 novembre 2001) laissent augurer certaines difficultés quant à sa collaboration à la procédure. Il convient toutefois de rappeler, sur ce point, que selon les circonstances, l'assureur social se heurtant à un manque de collaboration d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier; le cas échéant, il pourra rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, cas échéant, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi (cf. ATF 108 V 230 s. consid. 2; v. également UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, ch. 229, pp. 108 s.; MAURER, Unfallversicherungsrecht, p. 256; HARDY LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, pp. 172 ss, ainsi que l'art. 43 al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les questions de faits encore ouvertes sans difficultés ni complications particulières malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ATF 108 V 231 ss, 97 V 177; MAURER, Unfallversicherungsrecht, p. 255)." (sottolineature della redattrice). L'art. 43 cpv. 3 LPGA prevede due possibili sanzioni. L'assicuratore può decidere in base agli atti di cui dispone oppure può non entrare in materia sulla richiesta di prestazioni (cfr. in proposito, Kieser, in ATSG-Kommentar, Zurigo 2009, ad art. 43 n. 5 3segg). Le sentenze dell'Alta Corte del 23 gennaio 2007 (I 906/05, consid. 5.4 e 6) e del 6 luglio 2007 (U 316/06, consid. 3.1.1) riprendono la succitata giurisprudenza del 2003 del Tribunale Federale delle Assicurazioni riguardante l'art. 43 cpv. 3 LPGA e la completano ulteriormente come segue: " (...) 5.4 (...) Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230; voir également, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/ Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème édition 1998, ch. 275; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 256; Gabriela Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 210). 6. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas

suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 6, U 489/00 du 31 août 2001, consid. 2b et I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation. (...)" (sottolineature della redattrice) . 2.4.2.

Nel caso concreto la ricorrente si prevale, a torto, di una violazione dell'art. 43 LPGA, per il fatto che l'amministrazione, malgrado in sede di opposizione le fosse stato comunicato della prevista visita presso i curanti a _____ il 1. luglio 2015 (doc. AI 148 citato per esteso sopra al consid. 2.3), ha optato per decidere - il 12 maggio 2015 - sulla base dei suoi atti senza preventiva diffida o avvertimento e prima ancora quindi che le fosse possibile " esaminare sino in fondo il buon fondato delle rispettive pretese " (doc. XXII). Ora, innanzitutto l'art. 43 cpv. 3 LPGA, richiamato ripetutamente dalla ricorrente, concerne un'altra fattispecie e meglio le conseguenze di una violazione, da parte dell'assicurato, dei propri doveri d'informazione e collaborazione (per un caso di applicazione di tale disposizione cfr. la STCA 32.08.24, citata dall'assicurata, concernente una decisione di non entrata nel merito di una nuova richiesta di prestazioni fondata sull'art. 43 cpv. 3 LPGA per ingiustificata mancata collaborazione dell'assicurato, resa dopo che, individuata dall'amministrazione la necessità di un accertamento reumatologico, l'interessato non si era presentato alla prevista visita medica presso il perito reumatologo né aveva avvisato dell'assenza; cfr. anche Kieser, op. cit. ad art. 43 n. 47segg.). In concreto l'amministrazione non è stata confrontata con un rifiuto dell'assicurata di sottoporsi a nuova perizia o altro accertamento medico, o altra forma di collaborazione, bensì con la richiesta, giunta dopo ampia e completa acquisizione dei necessari atti medici da parte dell'Ufficio AI, inclusa una perizia multidisciplinare a cura del SAM – perizia che è peraltro stata messa a disposizione dell'interessata, la quale non ha tuttavia formulato in proposito sostanzialmente censura alcuna -, nel corso di una procedura di revisione avviata nell'agosto 2013, di procrastinare

la resa della decisione in attesa di un consulto medico presso il centro di _____ previsto in luglio 2015. A torto quindi la ricorrente ritiene che l'amministrazione avrebbe dovuto inviarle una diffida scritta o un avvertimento ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGA prima di rendere la propria decisione. Al contrario, essendo gli atti dell'incarto completi, a questo stadio l'Ufficio AI era senza dubbio autorizzato a pronunciare una decisione senza ulteriore dilazione e senza (nuovo) preavviso. Ma a prescindere da queste considerazioni va detto che nel caso specifico l'amministrazione, come meglio si argomenterà nel prosieguo (cfr. in particolare al consid. 2.12), aveva a disposizione chiari e sufficienti elementi per valutare lo stato di salute dell'assicurata e la conseguente capacità lavorativa e rendere quindi la decisione di soppressione senza richiedere ulteriore documentazione medica e in particolare senza attendere la nuova visita dell'interessata presso i medici che l'avevano in cura a _____ . A maggior ragione ove si ricordi che nell'ambito della redazione dell'approfondita perizia multidisciplinare il SAM aveva pure esaminato le varie certificazioni rese dai medici di _____, da ultimo espressi anche all'attenzione dell'Ufficio AI con scritto 1. ottobre 2013 (cfr. doc. AI 89-1) e che la ricorrente, nell'opposizione e negli scritti del 16 e 28 aprile 2015 (doc. AI 145 e 148), non aveva espresso alcuna critica alla valutazione medica operata dall'Ufficio AI né a quella del SAM, né aveva fatto riferimento a fatti o circostanze nuove, successive alla perizia SAM, che sarebbero state oggetto di chiarimento a _____, ma si era limitata a rimandare la sua presa di posizione ad un momento successivo. In queste condizioni, deve innanzitutto essere premesso che di principio l'amministrazione è tenuta ad accertare d'ufficio la fattispecie di propria iniziativa, senza essere legata alle richieste delle parti (cfr. Kieser, op. citi n. 7, 9, 12 ad art. 43), richiamato anche il principio per cui se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione (o il giudice), in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove (nella fattispecie comprendenti anche una dettagliata perizia SAM), alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, può, senza ledere il diritto di essere sentito, rinunciare ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; cfr. anche SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b). Alla luce di questi principi e osservato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009; 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati), nella fattispecie l'amministrazione ben poteva ritenere di poter decidere sulla base degli atti all'inserto senza attendere l'ulteriore visita a _____, senza per questo violare il diritto di essere sentita. E questo non senza ribadire nuovamente che in ogni modo anche che nel caso si volesse per ipotesi ammettere un'eventuale violazione del diritto di essere sentita, la stessa sarebbe da considerare sanata in questa sede (sulla sanatoria della violazione del diritto di essere sentito da parte dell'istanza di ricorso avente pieno potere cognitivo cfr. le citazioni sopra al consid. 2.3). A titolo

abbondanziale va detto che, come meglio emergerà nei considerandi che seguono (cfr. in particolare al consid. 2.12 e 2.13) la scelta dell'Ufficio AI di non attendere sino alla visita prevista nel luglio 2015 si rileva a posteriori corretta anche nel merito, le più recenti certificazioni rese dai sanitari di _____ non avendo in effetti apportato alcun elemento utile a modificare le conclusioni del SAM. Il TCA deve pertanto entrare nel merito del ricorso.

2.5. Oggetto del contendere è sapere se correttamente l'Ufficio AI in via di revisione ha soppresso la rendita intera, concessa all'assicurata con decisione del 16 novembre 2012 a decorrere dal 1. dicembre 2011.

2.6. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) .

2.7. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile 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 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 stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al

momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. 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, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, p. 258). 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. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.8. Va osservato che per la stretta relazione esistente tra la rendita d'invalidità dell'AI e quella del secondo pilastro, il concetto d'invalidità nell'ambito della previdenza obbligatoria e quello dell'AI, è di principio il medesimo (DTF 115 V 210; RDAT I 1995 consid. 2.2 p. 229). Secondo la giurisprudenza, nell'ambito della previdenza obbligatoria, gli istituti di previdenza sono vincolati da quanto pronunciato dall'assicurazione invalidità non solo per quel che riguarda il grado di invalidità (DTF 115 V 208 consid. 2c e 215 consid. 4c; SZS 1996 p. 48 consid. 2b e 2d; SVR 1994 BVG nr. 15 consid. 3c; non c'è vincolo invece con riferimento alle basi di calcolo del grado di invalidità, cfr. H. U. Stauffer, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1996, all'art. 24, n. 1), ma ugualmente per quanto concerne la nascita del diritto alla rendita e, di conseguenza, parimenti per la determinazione del momento a partire dal quale la capacità al lavoro dell'assicurato si è deteriorata in maniera sensibile e duratura (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73, 126 V 310 consid. 1, 123 V 271 consid. 2a e riferimenti, 120 V 108 consid. 3c, 118 V 39 consid. 2b/aa; SZS 2002 p. 155, SZS 1997 p. 68; SVR 1995 BVG Nr. 22 p. 57 consid. 2, SVR 1994 BVG Nr.

E. 15

p. 42 consid. 3c). In tal caso il concetto di invalidità è infatti il medesimo (Stauffer, op. cit., p. 24). Accertamenti separati del grado di invalidità potrebbero condurre a risultati differenti in contraddizione con lo scopo della legge (DTF 115 V 210 consid. 2b e 218 consid. 4, 118 V 39 consid. 2b). A tale vincolo di principio degli istituti di previdenza alle costatazioni degli organi dell'AI nulla è mutato, secondo la giurisprudenza, dopo l'introduzione della LPGa (cfr. DTF 130 V 78, 132 V 1). Questo vincolo vale nell'ambito della previdenza sovraobbligatoria solo se il regolamento previdenziale si basa sul medesimo concetto di invalidità dell'assicurazione invalidità (DTF 126 V 308). L'istituto di previdenza non è tuttavia vincolato in maniera assoluta alle conclusioni dell'AI. Innanzitutto, a titolo generale, l'istituto previdenziale può scostarsi dalle conclusioni dell'assicurazione invalidità se queste appaiono di primo acchito insostenibili (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73, 126 V 310 consid. 1, 123 V 271 consid. 2a, 115 V 208, 212, 215 e 218, 109 V 24; SVR 1995 BVG Nr. 22 p. 57 consid. 2a; SZS 1996 p. 47; STFA del 30 novembre 1993; B 38/92, in *Plädoyer* 1994 p. 66; Meyer/Blaser, op. cit., p. 21; cfr. anche DTF 126 V 308 dove si sottolinea che per la valutazione del quesito a sapere se la valutazione dell'AI è manifestamente errata, e per questo non vincolante per l'istituto di previdenza, sono primariamente determinanti gli atti esistenti al momento in cui la decisione è stata presa). D'altra parte, la giurisprudenza dell'Alta Corte ha stabilito che

l'Ufficio AI è tenuto a notificare una decisione di rendita agli istituti di previdenza entranti in linea di conto, vale a dire che potrebbero essere chiamati a fornire prestazioni nel caso specifico. Tale obbligo di notificazione è espressamente previsto dall'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI in vigore dal 1. gennaio 2003. Se non viene coinvolto nella procedura pendente innanzi all'UAI, l'istituto LPP - che dispone di un diritto di opposizione e ricorso proprio nelle procedure rette dalla LAI - non è legato alla valutazione dell'invalidità (nel suo principio, quanto al grado e all'inizio del diritto così come anche con riferimento alla decisione sullo statuto di persona invalida, vale a dire di persona attiva, parzialmente attiva o non attiva) effettuata dagli organi dell'AI (DTF 134 V 64, 133 V 67, 132 V 1, 130 V 273 consid. 3.1, 129 V 73 e 150; cfr. anche le STF 9C-684/2008 del 18 settembre 2009; B 32/03 del 21 gennaio 2005; B 66/04 del 21 settembre 2004; B 3/03 del 31 dicembre 2003; cfr. anche esplicitamente l'art. 49 cpv. 4 LPGa e l'art. 76 cpv. 1 lett. i OAI in vigore dal 1. gennaio 2003). Secondo il TFA infine, considerato come lo scopo del vincolo alla pronuncia dell'AI sia quello di sgravare gli istituti di previdenza da accertamenti dispendiosi, bisogna ritenere che tale vincolo sia riferito unicamente a quegli accertamenti e a quelle valutazioni degli organi dell'AI che nell'ambito della procedura (dell'AI) erano determinanti per l'esame della pretesa alla rendita d'invalidità e sui quali andava effettivamente deciso; diversamente gli organi della previdenza professionale devono esaminare i presupposti della pretesa liberamente (STF 9C-684/2008 del 18 settembre 2009; B 50/99 del 14 agosto 2000; B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001; B 83/04 del 25 aprile 2006). Ne discende che la fissazione della data d'inizio del diritto alla rendita da parte dell'UAI non esclude che l'incapacità lavorativa motivante il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale sia subentrata, foss'anche in misura ridotta, già precedentemente all'inizio dell'anno di carenza secondo l'AI (SZS 2003 p. 45 e 2005 p. 241; STF B 47/98 dell'11 luglio 2000 e B 81/03 del 9 novembre 2004).

2.9. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato 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) In particolare, 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. Nella DTF 130 V 352 (confermata in DTF 136 V 281 consid. 3.2.1 e 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 inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, p. 76 segg. e 80 segg.). L'Alta Corte, nella DTF 131 V 49, 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). Questa giurisprudenza è stata estesa anche al caso della fibromialgia (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) e, nella DTF 137 V 64, oltre ad estenderla anche all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico, l'Alta si è così espressa: "(...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog

angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unzufälladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" (DTF 137 V 64, consid. 4.2, pag. 68) Va qui evidenziato che il TF, nella STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281, ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch) stabilendo in sostanza che la capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. L'Alta Corte ha in particolare stabilito che la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, val la pena ancora precisare che per la giurisprudenza 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 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.10. Nell'evenienza concreta, l'Ufficio AI, nell'ambito dell'esame della domanda di prestazioni inoltrata nel giugno 2011, valutata la documentazione agli atti (fra le quali documentazione relativa a trattamenti alla schiena presso il Centro _____ di _____ alla schiena nell'aprile, maggio, giugno, settembre e novembre 2011 e gennaio 2012, doc. AI 55) e richiesto il medico curante dell'assicurata dr. _____, internista (per il quale l'assicurata era da considerare inabile al lavoro dal novembre 2010 a dipendenza dei dolori lombovertebrali; rapporto medico del 7 maggio 2012, doc. AI 55), aveva interpellato il SMR, il quale, nel rapporto finale del 17 settembre 2012, dopo un accurato esame clinico effettuato dal dr. _____, specialista in medicina interna, poste le diagnosi di "Sindrome lombovertebrale cronica su discopatia L4-L5 e L5-S1 con sciatalgia intermittente sinistra; incontinenza urinaria in accertamento", aveva concluso per un'inabilità lavorativa completa in ogni attività dal 6 novembre 2010 (allorquando vi era stata una riacutizzazione della lombalgia), affermando quanto segue: " (...) La valutazione odierna permette di oggettivare una compromissione nei cambi di postura e nelle posizioni statiche con limite in flessione/estensione del rachide di più di 2/3. La situazione clinica e le limitazioni funzionali permettono di giustificare dal punto di vista medico teorico una IL 100% attualmente in tutte le attività. Le limitazioni risultano limitanti nelle posizioni statiche, cambi di postura, inoltre dolore cronico con disturbo del sonno. La prognosi risulta

essere incerta per la tendenza alla cristallizzazione della situazione clinica. Programmato per 2.10.2012 presso _____ controllo clinico e decisione sul procedere. Coesiste complicazione urologica per incontinenza. Utile rivalutazione clinica dello stato di salute tra circa 12 mesi. (...) 2 (doc. AI 63-6) Di conseguenza, con decisione

E. 16

novembre 2012 (preceduta da un progetto del 21 settembre 2012), l'amministrazione, riconosciuta un'inabilità lavorativa completa dal 6 novembre 2010 in uno stato di salute non stabilizzato, ha attribuito una rendita intera dal 1. novembre 2011, versata dal 1. dicembre 2011 trattandosi di una domanda tardiva (doc. AI 65). Avviata la prospettata revisione nell'agosto 2013, preso atto che l'assicurata adduceva ora anche problemi della sfera psichica, l'Ufficio AI ha interpellato il dr. _____, il quale, il 10 ottobre 2013, segnalata l'insorgenza di una depressione reattiva, ha confermato le precedenti conclusioni e postulato il mantenimento della rendita AI (doc. AI 90). Dal canto suo, la dr.ssa _____, psichiatra curante dal settembre 2013, nel rapporto del 18 novembre 2013, poste le diagnosi di " Episodio depressivo media gravità (ICD 10 F 32) da 7 mesi" ha attestato una completa inabilità lavorativa a motivo di " apatia, astenia, insonnia, ansia" che si ripercuotevano sull'attività lavorativa nella forma di difficoltà nello svolgimento delle consegne (doc. AI 92). L'Ufficio AI ha preso visione delle perizie fatte eseguire dall'assicuratore LPP, _____, segnatamente una perizia redatta il 16 aprile 2013 dal dr. _____, psichiatra, il quale, esaminati gli atti e visitato l'assicurata, aveva escluso la presenza di un'affezione psichica o psicosomatica diagnosticabile secondo i criteri ICD-10 e quindi anche una limitazione della capacità lavorativa per motivi psichiatrici (doc. AI 98). Dalla perizia del 5 aprile 2013 redatta dalla dr.ssa _____, specialista in neurochirurgia, sempre per conto della Cassa _____, emergeva per contro quale diagnosi " sindrome dolorosa lombovertebrale con irradiazione radicolare e pseudoradicolare a sin" . La specialista, elencati i pregressi interventi (blocco e rizotomia), la presenza di alterazioni degenerative a livello lombare a diversi livelli (oltre a bulging discale L2-L3, ernia discale L3-L4 foraminale/intraforaminale senza compressioni, ernia discale piatta L4-L5 sin, con stenosi foraminale senza compressione radicolare, incipiente artrosi ileosacrale bilaterale, pregresso morbo di Scheuermann), concludeva infine ammettendo un'abilità lavorativa completa in un'attività leggera (che eviti di alzare pesi sopra i 12 kg), per esempio aiuto cucina (doc. AI 99). Sulla base di queste valutazioni la Cassa pensioni _____ aveva comunicato in data 29 aprile 2013 il rifiuto delle prestazioni di invalidità (doc. AI 101). L'Ufficio AI ha quindi nuovamente interpellato il dr. _____ e la dr.ssa _____, i quali hanno entrambi definito lo stato stazionario (cfr. certificati 20 gennaio 2014 e 28 febbraio 2014, doc. AI 104, 108). Sentito il medico SMR, l'Ufficio AI ha quindi fatto eseguire una perizia dal SAM. Dal copioso referto del 22 dicembre 2014 (di 30 pagine) risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni di natura psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e urologica (dr. _____) nell'ambito di accertamenti e consulti svoltisi sull'arco di 7 giorni, ponendo le diagnosi di: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome lombovertebrale con/su: - discopatie plurisegmentali in particolar modo L2-3, L3-4 e L4-5, - alterazioni statiche con scoliosi ad S, - pregresso morbo di Scheuermann toracale. Periartropatia omeroscapolare tendinopatica alla spalla ds. con/su: - possibile tendinopatia del tendine del sovraspinato con leggera sintomatologia d'impingement. Epicondilopatia radiale a ds. Disturbo minzionale irritativo: - con incontinenza urinaria mista, - su patologia del rachide lombare. 5.2 Diagnosi senza

influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Cervicalgie recidivanti. Alluce valgo bilaterale. Dislipidemia (ipercolesterolemia) Albuminuria. I periti hanno quindi concluso che l'assicurata presentava una capacità lavorativa del 50% come cameriera (ultima attività svolta), da intendersi come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto, la limitazione essendo da scrivere essenzialmente alla problematica reumatologica. Inoltre la problematica urologica imponeva la necessità di avere la possibilità di reperire, al bisogno, una toilette, con una limitazione del 30%. Le incapacità lavorative d'ordine reumatologico e urologico andavano parzialmente sommate (mentre che a livello psichico non vi erano diagnosi invalidanti). Per quanto riferito ad un'attività adeguata, vale a dire leggera e rispettosa delle limitazioni derivanti dalle problematiche reumatologiche (e urologiche), la capacità lavorativa era del 70%, intesa come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto. In ambito domestico infine l'assicurata era da considerare abile nella misura dell'80%. Essendo l'assicurata assente dal mondo del lavoro da diversi anni si consigliava un riallenamento progressivo al lavoro. I periti hanno infine osservato che non era presente alcuna sindrome lomboradicolare ed in particolare non erano presenti deficit neurologici né agli arti superiori, né a quelli inferiori. Infine, per le attività svolte nel passato come venditrice, laborantine fotografica ed istruttrice di acquagym l'assicurata raggiungeva una capacità lavorativa di almeno il 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto). Con riferimento all'evoluzione del quadro clinico rispetto alla decisione precedente del 21 settembre 2012 (recte 16 novembre 2012) - con la quale l'amministrazione aveva stabilito un'inabilità totale dal giugno 2010 - era quindi subentrato un miglioramento da far risalire all'aprile 2013. Con rapporto finale 29 dicembre 2014 il dr. _____ del SMR ha avallato la perizia multidisciplinare, osservando anche come la 1. valutazione SMR del 17 settembre 2012 avesse un carattere interlocutorio in attesa di ulteriori misure mediche, e come attualmente la situazione fosse stabilizzata. Ha quindi confermato un miglioramento dall'aprile 2013, a partire dalla quale data andava ammessa nell'attività abituale di cameriera un'inabilità del 50%, in attività leggera adeguata del 30%, come casalinga del 20% e in altre attività svolte nel passato quale venditrice, istruttrice acquagym, laborantine fotografica, del 40% (doc. AI 133). L'Ufficio AI - interpellato il consulente IP il quale ha proceduto al raffronto dei redditi ai fini del calcolo del grado di invalidità (doc. AI 136) - mediante progetto del

E. 18

marzo 2015 dapprima e la decisione contestata in seguito, stante una capacità lavorativa in un'attività leggera adeguata del 70%, e una conseguente perdita di guadagno del 35%, ha concluso per la soppressione della rendita (doc. AI 142, 149). Di fronte al TCA l'assicurata ha prodotto uno scritto 2 giugno 2015 del dr. _____ (doc. H) e rapporti 9 e 14 luglio e 4 agosto 2015 del Centro _____ di _____ (doc. I 1 e 2, M). In proposito il SMR, nell'annotazione 31 luglio 2015, ha affermato: " Valutazione: - Attuale documentazione non evidenzia una modifica dello stato di salute rispetto al momento della valutazione SAM. Da notare che l'intermittente sciatalgia riferita nel 2012 non trova riscontro né nella valutazione SAM né nella valutazione attuale di _____." (doc. XX) Con scritto 19 agosto 2015 l'assicurata ha fatto pervenire copia del giudizio 6 agosto 2015 del Tribunale delle assicurazioni del Canton _____ in merito alla vertenza tra l'assicurata e l'istituto previdenziale _____ (doc. N). Infine, ha versato agli atti ulteriore documentazione relativa ad esami radiologici svolti sulla spalla destra (doc. XXIX). 2.11. 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). 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 d'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 LPG (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). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico

curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009; STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale 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).

2.12. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo il TCA l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che successivamente alla prima decisione del 16 novembre 2012 sia subentrato un miglioramento delle condizioni dell'assicurata e che, sino al momento decisivo della resa della decisione impugnata, essa, malgrado le diagnosi evidenziate dal SAM, era in grado di esercitare nella misura del 70% una professione leggera adatta con un conseguente grado di invalidità che non le conferisce più il diritto ad una rendita d'invalidità. Il TCA ritiene in particolare che lo stato di salute dell'assicurata sia stato approfonditamente vagliato dai periti del SAM e non ha motivo per metterne in dubbio la dettagliata e convincente valutazione multidisciplinare. Più precisamente, per quanto concerne la problematica reumatologica, l'assicurata è stata valutata dal dr. _____, il quale ha confermato la presenza di una sindrome lombo-vertebrale con una componente spondilogeno alla gamba sinistra, senza una sicura sindrome di tipo irritativo-radicolare, deficitaria, sensitivo o motorica. Vi erano poi delle alterazioni statiche della colonna vertebrale con una leggera scoliosi a forma di S destro-convessa toracale, sinistro-convessa lombare, una tendenza ipercifotica nella zona toracale. Quanto alla colonna lombare si evidenziavano delle discopatie da L2 fino a L5 con una condrosi e spondilosi. Dalla documentazione agli atti sembrava inoltre emergere una possibile sindrome di tipo irritativo radicolare, per la quale l'assicurata era stata trattata presso il centro del dolore del Centro _____ di _____. A quest'ultimo proposito il dr. _____ ha segnalato una valutazione piuttosto ambigua dei colleghi che avevano sottoposto l'assicurata a tutta una serie di accertamenti e infiltrazioni, senza tuttavia un risultato terapeutico significativo. Ha inoltre evidenziato che l'assicurata, che peraltro non assumeva nessuna terapia medicamentosa e si limitava ad una seduta di fisioterapia settimanale, manteneva, per quanto da lui accertato durante la visita, un atteggiamento difensivo e dimostrativo. Il perito ha inoltre segnalato una certa incongruenza nella documentazione agli atti: mentre il dr. _____ nell'agosto del 2012 aveva determinato un'incapacità lavorativa al 100% dal novembre 2010, nell'aprile del 2013 una valutazione peritale effettuata per conto della Cassa pensioni _____ dalla neurochirurgo dr. _____ e dallo psichiatra dr. _____, non aveva riscontrato nessuna inabilità lavorativa in un'attività leggera o, con certi limiti di carico, come aiuto cucina. In ogni modo le indagini radiologiche effettuate mostravano dei reperti molto blandi. Accanto alla patologia principale l'assicurata mostrava una limitazione della mobilità della colonna cervicale, con cervicalgie altalenanti con decorso piuttosto favorevole e una periartropatia omero-scapolare tendinopatica della spalla destra con leggera diminuzione della rotazione interna e un dolore prevalentemente

all'elevazione con il braccio destro sopra i 90 gradi, ciò che lasciava supporre una certa irritazione della cuffia dei rotatori prevalentemente per quanto riguardava il tendine del sovraspinato. Per quanto riferito alla capacità lavorativa, quindi, il perito ha concluso che l'assicurata, a motivo della colonna vertebrale, era limitata in attività lavorative non ergonomiche per il rachide lombare e segnatamente in movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco oppure posizioni statiche da ferma in piedi o da seduta per più di un'ora, dovendo evitare il sollevamento di pesi superiori ai 5-7,5 kg ripetutamente. Per quanto riguardava la spalla ds. vi era una limitazione nel lavorare con le braccia alzate sopra l'orizzontale soprattutto utilizzando il braccio ds. contro resistenza ed alzando dei pesi sopra l'orizzontale superiori ai 4 kg. Di conseguenza, come cameriera l'assicurata era da considerare abile al lavoro nella misura del 60%, come casalinga dell'80%, mentre che in un'attività leggera e rispettosa degli elencati limiti era da considerare abile in misura completa, così come anche come venditrice, laborantine fotografica ed insegnante di acquagym. Tali limitazioni erano da considerare presenti dall'aprile 2013 (valutazione peritale della dr. _____ e del dr. _____). Dette conclusioni, supportate da un approfondito esame clinico, dall'esame della cospicua documentazione clinica e radiologica agli atti, meritano conferma. A livello neurologico il perito dr. _____, ha concluso per uno stato normale, senza deficit sensitivomotori od alterazioni dei riflessi osteotendinei indicativi per una lesione radicolare oggettivabile. In effetti, il perito ha illustrato come malgrado nella documentazione a disposizione fosse stata ipotizzata a più riprese una sindrome radicolare L4 a sin, i reperti clinici e radiologici siano sempre stati molto discreti e non del tutto convincenti. In effetti, se è vero che appariva possibile una componente discale extraforaminale ai livelli L3-4 e/o L4-5 a sinistra, i reperti apparivano comunque documentabili sempre solo su poche immagini e di entità tale da poter difficilmente causare sintomi maggiori. D'altra parte il perito ha illustrato come i disturbi descritti attualmente dall'assicurata, piuttosto diffusi all'arto inferiore sinistro, non avevano assolutamente caratteristiche radicolari e si estendevano anche al di fuori dei territori che potrebbero essere coinvolti dai reperti radiologici descritti. Andava peraltro esclusa una componente neurogena sintomatica. Di conseguenza, dal punto di vista neurologico l'assicurata era da ritenere abile al lavoro nella misura del 100% in qualsiasi tipo di attività. Anche queste conclusioni appaiono complete e approfondite e vanno fatte proprie dal TCA. Per quanto riferito alla problematica urologica, l'assicurata è stata valutata dal dr. _____ che, sulla base dei dati in suo possesso e dell'esame sonografico effettuato, ha rilevato la presenza di un disturbo minzionale prevalentemente irritativo con episodi d'incontinenza da urgenza che sono interpretabili nell'ambito di un vescica neurogena su nota spondilopatia. Tale problema urologico pone determinati limiti di rendimento, soprattutto per attività dove non è facilmente e rapidamente reperibile una toilette. Riferendosi alla valutazione neuro-urologica presso il centro di _____, nell'ambito di un dissinergia detrusore-sfintere con associata lieve iperattività del detrusore, e contestuale introduzione di una terapia anticolinergica (Vescicare), osserva che tale trattamento, così come il trattamento TENS, non abbiano portato a nessun beneficio. A suo avviso si impone una rivalutazione della neuromodulazione sacrale, che potrebbe migliorare la situazione attuale. Di conseguenza, dal punto di vista urologico, vista la necessità per l'assicurata di potersi recare in bagno al bisogno, erano da sconsigliare attività che non permettano rapide interruzioni con una limitazione della capacità lavorativa del 30%. Anche da questo referto, che appare approfondito e ben motivato, non vi è motivo di discostarsi. Infine, per quanto concerne la problematica psichiatrica, la ricorrente è stata valutata dalla dr.ssa _____,

la quale, esaminati gli atti medici, effettuati due colloqui e esaminati i risultati dei test clinici, ha escluso la presenza di affezioni psichiatriche invalidanti. Ripercorrendo le certificazioni della collega dr.ssa _____, che peraltro successivamente al settembre 2013 ha incontrato l'assicurata solo due o tre volte, ne ritiene poco comprensibili e non condivisibili le conclusioni, che, sulla base della diagnosi di quadro depressivo maggiore endogeno di media qualità, aveva attestato un'inabilità lavorativa completa. A suo dire tali conclusioni erano in effetti decisamente sovrastimate. Rilevando come malgrado la prescrizione di una terapia farmacologica, la stessa non sia stata però poi assunta dall'assicurata, la specialista evidenzia come la fase peggiore dal punto di vista psicologico sia da ricondurre all'interruzione lavorativa e l'attesa di un intervento di sostegno da parte delle amministrazioni, con relative ristrettezze economiche, ossia nel lasso di tempo dal novembre 2012 al novembre 2013. In seguito, con la definizione dei problemi economici, a detta della stessa assicurata la situazione era migliorata e del resto essa aveva interrotto il rapporto con la psichiatra. Attualmente l'assicurata confermava questo miglioramento, rispetto al 2011-12, pur lamentando la presenza di sintomi dolorosi e limiti funzionali. Del resto, la dr.ssa _____ ha rilevato che alla visita clinica l'assicurata apparisse con mimica mobile, eloquio spontaneo e congruo, lucida, orientata nei tre domini, pensiero nella norma, nessun elemento compatibile con fenomeni dispercettivi, umore eutimico, senza note di ansia libera né difetti dal lato cognitivo. Di conseguenza, la dr.ssa _____, osservato come nell'aprile 2013 il dr. _____ non avesse evidenziato nessun elemento sintomatico indicativo di una patologia psichiatrica, mentre la collega _____ diagnosticasse un quadro depressivo maggiore (con inabilità del 100%), rilevato come l'assicurata stessa riconoscesse che all'epoca delle consultazioni presso la sua psichiatra curante viveva una profonda tensione per timori economici ad oggi nettamente migliorati, la perita ha concluso che dal punto di vista psichiatrico non andava riconosciuta alcuna inabilità lavorativa dalla fine del 2013 almeno. Queste conclusioni, frutto di un approfondito esame specialistico, meritano conferma. Con specifico riferimento alla diagnosi di sindrome somatoforme, va detto 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'invalità 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 136 V 281 consid. 3.2.1 e 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959 e 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 e I 870/02 del 21 aprile 2004 ; Pratique VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, p. 76 segg. e 80 segg.). Nella fattispecie, per quanto riguarda i criteri di Förster, la dr.ssa Castra ha riferito che nel caso dell'assicurata, pur essendoci una sofferenza fisica che non migliora negli anni, non esiste una patologia psichica di rilevante intensità né un ritiro sociale e il disagio psicoemotivo, pur presente e legato alla presenza cronica di una sindrome dolorosa, non appare tale da giustificare una diagnosi psichiatrica e da compromettere l'esigibilità di uno sforzo per recuperare almeno in parte un funzionamento lavorativo. In sostanza dunque secondo la specialista, l'assicurata, pur presentando un quadro da ascrivere ad una "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45.4)" ha escluso che la stessa avesse una valenza invalidante. Come dianzi anticipato (cfr. consid. 2.9), va qui nuovamente rilevato che nella recente sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch) e secondo cui la capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. L'Alta Corte ha in particolare stabilito che la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Al consid. 8, il TF ha rammentato che, come già spiegato in DTF 137 V 210, 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 ("In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen"). Orbene, nella fattispecie, come visto, principalmente la vertenza ruota attorno al carattere invalidante delle problematiche reumatologiche e urologiche. Inoltre non sono state mosse specifiche e circostanziate contestazioni riguardo alla diagnosi di sindrome da dolore somatoforme, e la dr.ssa _____ ha ben motivato la ragione per cui detta diagnosi non avesse alcuna ripercussione, procedendo pure all'analisi dei criteri di Förster. Di conseguenza, non è necessario approfondire l'aspetto somatoforme secondo i criteri apportati dalla citata giurisprudenza, non trattandosi nella specie della presunzione del superamento del disturbo somatoforme con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile

– oramai abbandonata dal TF –, ma di una valutazione conclusiva. Alla valutazione della dr.ssa _____ e del SAM, va quindi prestata adesione. Pertanto, alla luce di questi singoli consulti, da considerare approfonditi e ben motivati, effettuata una discussione plenaria tra i vari specialisti che ha ben valutato le varie problematiche esistenti, il SAM ha con pertinenza concluso che a dipendenza delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ Sindrome lombovertebrale con/su discopatie plurisegmentali in particolare modo L2-3, L3-4 e L4-5, alterazioni statiche con scoliosi ad S, pregresso morbo di Scheuermann toracale, Periartrite omeroscapolare tendinopatica alla spalla ds. con/su possibile tendinopatia del tendine del sovraspinato con leggera sintomatologia d'impingement, Epicondilopatia radiale a ds. Disturbo minzionale irritativo con incontinenza urinaria mista, su patologia del rachide lombare”, l'assicurata presentava una capacità lavorativa del 50% come cameriera (ultima attività svolta), da intendersi come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto. La limitazione era a detta dei periti dovuta alle problematiche reumatologiche che le imponevano limiti in attività lavorative non ergonomiche per il rachide lombare, movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco, o posizioni statiche ferme, che comportino l'innalzamento di pesi superiori ai 5-7,5 kg lavori con le braccia alzate. Inoltre la problematica urologica imponeva la necessità di avere la possibilità di reperire una toilette in caso di necessità (al bisogno). Detta limitazione era da intendersi dall'aprile 2013, osservato altresì come le incapacità lavorative d'ordine reumatologico e urologico andavano parzialmente sommate. Per quanto riferito invece ad un'attività adeguata, vale a dire leggera e rispettosa delle limitazioni derivanti dalle problematiche reumatologiche e urologiche, la capacità lavorativa era del 70%, sempre intesa come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto. In ambito domestico infine l'assicurata era da considerare abile nella misura dell'80%. I periti hanno osservato che non era rilevabile alcuna patologia psichiatrica limitante né era presente alcuna sindrome lomboradicolare ed in particolare deficit neurologici agli arti superiori e inferiori. La diminuzione del rendimento dovuta al problema urologico era al massimo del 30%, osservato tuttavia come tale limitazione potesse anche essere ridotta nel caso in cui l'assicurata possa interrompere subito l'attività ed abbia una toilette nelle vicinanze. Infine, per le attività svolte nel passato come venditrice, laborantine fotografica ed istruttrice di acquagym l'assicurata raggiungeva una capacità lavorativa di almeno il 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto). Con riferimento all'evoluzione del quadro clinico rispetto alla decisione precedente del 21 settembre 2012 (recte 16 novembre 2012) - con la quale l'amministrazione aveva stabilito un'inabilità totale dal giugno 2010 con un conseguente grado d'inabilità del 100% dal novembre 2011 - era subentrato un miglioramento che poteva essere fatto risalire all'aprile 2013. 2.13. A tali conclusioni, fatte proprie anche dal SMR (cfr. rapporto finale 29 dicembre 2014 del dr. _____, doc. AI 133), si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, la valutazione SAM non è stata smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ribadito come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Quanto innanzitutto alla 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 far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione

plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013, 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; SVR 2008 IV Nr. 15). 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 I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pp. 43-45, il TF ha ulteriormente 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". Nella sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 il TCA ha nuovamente avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, scaturente su una ponderata discussione plenaria fra gli esperti interessati (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; 8C_245/2012 del 9 aprile 2013). Nella fattispecie, a proposito della valutazione globale delle diverse patologie di cui è affetta la ricorrente, in ossequio a tale giurisprudenza, i diversi specialisti interpellati dal SAM hanno avuto, in data 19 dicembre 2014, una discussione plenaria concernente la questione della cumulabilità delle differenti incapacità lavorative (optando per un parziale cumulo dei limiti funzionali dovuti alle patologie somatiche e psichiatriche; cfr. doc. AI 141-33) ed espressamente dichiarato di aver preso conoscenza dei contenuti e delle conclusioni dei periti e di concordare con gli stessi, mediante espressa sottoscrizione all'ultima pagina della perizia, dando altresì atto di aver esaminato, tramite una discussione collegiale (tramite teleconferenza), la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi d'incapacità lavorativa attestati dai vari profili somatici sulla capacità lavorativa globale (doc. AI 132-19, 30-33). Quanto alla documentazione prodotta dalla ricorrente, a ragione in proposito il medico SMR dr. _____, nell'Annotazione del 31 luglio 2015, ha concluso che tale documentazione non contiene nuovi elementi medici/clinici rispetto alla valutazione SAM, non risultando dalla stessa una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione SAM (doc. XX). Innanzitutto, nello stringato scritto 2 giugno 2015 il dr. _____ (doc. H1) si limita a confermare espressamente una situazione invariata rispetto a quanto da lui attestato nel rapporto 20 settembre 2013 (con il quale egli aveva certificato un'inabilità completa dal novembre 2010 in ogni attività, cfr. doc. AI 90) - certificazione che era peraltro stata opportunamente valutata dal SAM nell'ambito della redazione della perizia -, senza tuttavia apportare alcun nuovo elemento oggettivo diagnostico o clinico, senza prendere minimamente posizione sulla dettagliata valutazione del SAM (di cui peraltro ne condivide in sostanza le diagnosi) e senza indicare i motivi per i quali le sue conclusioni si discostano da quelle del SAM rispettivamente le ragioni per le quali le conclusioni peritali non dovrebbero essere corrette (cfr. in proposito anche doc. VII). Rilevato quindi come le valutazioni del dr. _____ siano sostanzialmente riconducibili al medesimo quadro clinico evidenziato dalla perizia SAM e configurino in sostanza tutt'al più una differente valutazione delle ripercussioni invalidanti delle medesime affezioni, la quale, ricordata nuovamente la dianzi citata giurisprudenza in materia di valutazione da parte dei medici curanti (consid. 2.11), è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011), questo

TCA deve concludere che la stessa non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su convincenti pareri specialistici confluiti in una perizia SAM dettagliata e convincente. Non permette di dipartirsi dalle conclusioni del SAM nemmeno la documentazione medica fatta pervenire in relazione alle recenti visite esperite dall'assicurata a _____, segnatamente la valutazione della terapia del dolore del dr. _____ del 9 luglio 2015 (completata in data 4 agosto 2015, doc. M) e la valutazione neuro-urologica del dr. _____ del 14 luglio 2015 (allegati al doc. XIV). In effetti, come affermato dal medico SMR nell'annotazione del 31 luglio 2015 (doc. XX), tale documentazione non evidenzia una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del SAM né contiene elementi che permettano in qualche modo di ritenere errata o suscettibile di completamento tale perizia. Quanto alla valutazione neuro-urologica, la stessa attesta in sostanza la presenza di un disturbo urinario di tipo irritativo con scoordinamento detrusor-sfintere, consigliando un trattamento medicamentoso, ma non si pronuncia su una eventuale valenza invalidante di tale problematica e non segnala una situazione modificata rispetto alla valutazione urologica esperita dal dr. _____ nell'ambito della perizia SAM, il quale aveva attestato una (comunque non irrilevante) riduzione della capacità lavorativa del 30%, da ascrivere alla necessità dell'assicurata di effettuare rapide interruzioni durante il lavoro per recarsi al bisogno al bagno (doc. XIV/i1 e doc. AI 132-24). Per quanto riferito alla valutazione dei sanitari della terapia del dolore di _____ del 9 luglio 2015, la stessa attesta i noti dolori a livello del sacro (senza radiculopatia), il dolore cronico con componente somatica e psichica, confermando la stazionarietà dei disturbi rispetto alla precedente valutazione di due anni prima e, quindi, la stabilità delle problematiche. Esclude in particolare la presenza di patologie ulteriori o alla colonna vertebrale o altre cause reumatologiche e infiammatorie dei dolori lamentati, mentre sottolinea come al centro del malessere dell'assicurata vi fosse la preoccupazione circa le prestazioni assicurative e il contenzioso con l'AI. In sostanza dunque tale referto non apporta alcun elemento nuovo rispetto alla valutazione SAM, di cui anzi conferma le conclusioni e le valutazioni. Del resto lo stesso nemmeno si pronuncia minimamente sulla capacità lavorativa dell'assicurata, ribadendo la stazionarietà della situazione rispetto alla precedente valutazione effettuata due anni prima e, quindi, nell'estate 2013, ossia all'epoca in cui l'Ufficio AI ha messo in atto la revisione della prestazione. Va detto peraltro che i precedenti certificati resi dalla clinica di _____ rientravano nella documentazione esaminata dal SAM in sede di stesura della perizia (cfr. doc. AI 132-6). La stazionarietà della situazione dell'assicurata, nel periodo successivo alla primavera del 2013, non fa del resto che confermare le conclusioni della perizia pluridisciplinare, la quale ha, come si è visto, attestato un miglioramento della situazione dell'assicurata a partire dal mese di aprile 2013. Quanto alla presunta incongruenza di tale certificazione per quel che concerne il referto MRI da considerare, segnatamente se quello del 27 luglio 2011, o uno più aggiornato (come quello del 4 aprile 2013), così richiesto dal legale dell'assicurata, il dr. _____ ha precisato come la questione non avesse rilevanza pratica giacché anche gli esami successivi non avevano in sostanza mostrato alcuna modifica significativa (doc. L1, M). Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi da tale presa di posizione. Non apporta elementi di rilievo nemmeno la documentazione relativa alla consulenza ortopedica alla spalla destra eseguita l'8/9 novembre 2015 presso l'Ospedale di _____ di _____ (I) e all'ecografia, sempre alla spalla destra, eseguita il 9 dicembre 2015 all'Ospedale di _____ (I) (doc. O 1-14). Da tale documenti (che peraltro sono successivi alla resa del provvedimento contestato, che,

come ricordato, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 130 V 138), che non contengono considerazioni in merito alla capacità lavorativa o alle conclusioni del SAM, non emergono infatti nuovi elementi diagnostici o clinici. Dagli stessi emerge in effetti unicamente la presenza di artralgie alla spalla destra con reperti di un “quadro di calcificazioni articolari ” con rapporti articolari conservati (doc. O3, O4) rispettivamente “ Cuffia dei rotatori di spessore conservato, quadro di tendinosi diffusa dei tendini del sovraspinato e dell’infraspinato senza interruzioni della continuità fibrosa, presenza di voluminose calcificazioni lamellari frastagliate in sede preinserzionale subacromiale, note di tendinosi del tendine del sottoscapolare, minima distensione della borsa SAD, in sede il tendine del CLB con lieve distensione fluida della guaina (...)” (doc. O5). Ora, la presenza di una “ periartropatia omeroscapolare tendinopatica della spalla destra con leggera diminuzione della rotazione interna e un dolore prevalentemente all’elevazione con il braccio destro sopra i 90° con abduzione normale...., possibile una certa irritazione delle cuffie dei rotatori prevalentemente per quanto riguarda il tendine sovraspinato” era già stata segnalata nelle perizia SAM e meglio nel rapporto peritale del dr. _____, il quale aveva concluso che a dipendenza della problematica alla spalla destra era da riconoscere una limitazione nel lavorare con le braccia alzate sopra l’orizzontale soprattutto utilizzando il braccio destro contro resistenza ed alzando dei pesi sopra l’orizzontale superiori ai 4 kg. Ora, gli attuali certificati versati agli atti confermano in sostanza le diagnosi poste dalla perizia SAM e non apportano alcun elemento che possa indicare una diversa valenza invalidante della problematica alla spalla destra. Questa Corte deve quindi senza riserve aderire alle conclusioni del SMR, per il quale le certificazioni prodotte dalla ricorrente non oggettivano elementi che possano comportare una modifica della dettagliata valutazione eseguita dal SAM e che permettano quindi di discostarsi dalla stessa, ribadito peraltro il principio per cui il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Né del resto l’assicurata fa valere nel suo ricorso altre considerazioni che permettano in qualche modo di scostarsi dalle conclusioni del SAM. In realtà l’assicurata ha formulato in sostanza un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall’amministrazione, senza produrre elementi di natura medica atti a metterne in dubbio la validità. Le predette conclusioni non possono essere modificate nemmeno dalla sentenza del 6 agosto 2015 del Tribunale amministrativo del Canton _____ che ha fatto ordine alla Cassa pensioni _____, già istituto di previdenza della ricorrente dal 3 settembre al 31 dicembre 2010, di versare all’assicurata una rendita di invalidità a far tempo dal 1. dicembre 2011 (cfr. doc. N). Con tale pronuncia il tribunale bernese, in evasione di una petizione introdotta dall’assicurata in data 26 giugno 2014 allo scopo di vedersi attribuire anche la rispettiva rendita di invalidità LPP dal 1. dicembre 2011, in ragione della decisione 16 novembre 2012 dell’Ufficio AI, non ha fatto altro che ribadire e applicare il principio consolidato del vincolo degli istituti di previdenza alle decisioni dell’Ufficio AI in materia di prestazioni di invalidità. Come dianzi ricordato (cfr. al consid. 2.8), di principio infatti il concetto d’invalidità nell’ambito della previdenza obbligatoria e quello dell’AI è il medesimo (DTF 115 V 210; RDAT I 1995 consid. 2.2 p. 229). Di conseguenza, di principio quindi, gli istituti di previdenza sono vincolati da quanto pronunciato dall’assicurazione invalidità per quel che riguarda il grado di invalidità e la nascita del diritto alla rendita (DTF 134 V 64,

133 V 67, 129 V 73 e cfr. i riferimenti al consid. 2.8). Resta riservato il caso in cui l'istituto previdenziale può scostarsi dalle conclusioni dell'AI perché queste appaiono di primo acchito insostenibili (DTF 134 V 64, 133 V 67, 129 V 73), perché l'istituto di previdenza non è stato coinvolto nella procedura pendente innanzi all'Ufficio AI oppure perché la decisione AI si riferisce ad accertamenti e valutazioni che nell'ambito della procedura (dell'AI) erano determinanti per l'esame della pretesa alla rendita d'invalidità (STF 9C-684/2008 del 18 settembre 2009; B 50/99 del 14 agosto 2000; B 79/99 e 4/00 del 26 gennaio 2001). Nella vertenza avente per oggetto la qui ricorrente e la Cassa pensione _____ il Tribunale _____ ha accertato il vincolo della Cassa alla valutazione dell'invalidità fatta dall'assicurazione invalidità, considerato come le conclusioni dell'Ufficio AI di cui alla decisione del 16 novembre 2012 non apparissero di primo acchito insostenibili e la Cassa fosse stata coinvolta nella procedura AI, facendo conseguentemente fatto obbligo alla Cassa pensioni di versare una rendita intera della LPP dal 1. dicembre 2012. Detta pronuncia non concerne per contro la procedura di revisione avviata dall'Ufficio AI nell'agosto 2013 né, quindi, la decisione di revisione resa il 12 maggio 2015, non essendo la stessa ancora cresciuta in giudicato, né del resto si riferisce alla perizia SAM del 22 dicembre 2014, della quale non vi è in effetti menzione alcuna nella pronuncia (malgrado la ricorrente ne fosse in possesso sin dall'aprile 2015; cfr. doc. AI 139, 140, 144). Espressamente del resto la pronuncia 6 agosto 2015 si riferisce temporalmente al momento decisivo del provvedimento dell'Ufficio AI del 16 novembre 2012, laddove peraltro ribadisce che le successive perizie dei dr.i _____ e _____ dell'aprile 2013 (e, quindi, posteriori alla decisione del 16 novembre 2012) potevano essere prese in discussione unicamente nella misura in cui permettevano di trarre delle conclusioni in merito alle condizioni dell'assicurata sino al momento determinante della decisione dell'AI (del 16 novembre 2012; cfr. doc. N consid. 43.). Ne discende che tale pronuncia non assume rilevanza alcuna nel presente contendere, che concerne la revisione della prestazione erogata – incontestatamente - dal 1. dicembre 2011, avviata nell'agosto 2013. In ogni modo vero è semmai che l'esito della procedura di revisione da parte dell'Ufficio AI avrà necessariamente i relativi effetti anche sulla prestazione LPP erogata. In sintesi la ricorrente non fa quindi valer alcuna argomentazione che consenta a questa Corte di dipartirsi dalle conclusioni della perizia SAM (doc. AI 141), le quali risultano dettagliate, coerenti e prive di contraddizioni né fa valere l'esistenza di altre affezioni che non siano già state attentamente vagliate dai periti del SAM. In conclusione, rispecchiando la perizia SAM del 22 dicembre 2014 tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.11) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto dopo la resa della perizia e prima della decisione contestata del 12 maggio 2015 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2), a ragione l'Ufficio AI - sulla base anche del parere del medico SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.11) -, e richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), ha ammesso l'intervento di un miglioramento delle condizioni da situare al mese di aprile 2013, ritenuto che la ricorrente, se da novembre 2010 andava considerata completamente inabile in ogni attività, dall'aprile 2013 doveva essere considerata

nuovamente parzialmente abile nella sua abituale professione nella misura del 50%, e in un'attività leggera adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali evidenziate dai periti del 70% (attività a tempo pieno con riduzione del rendimento). Dall'aprile 2013 v'è quindi da ammettere l'intervento di un miglioramento dello stato di salute che ha comportato anche un aumento della capacità lavorativa sia nell'attività abituale che in attività adeguate. Va detto per inciso che al presente contendere nulla muterebbe anche nell'ipotesi in cui si volesse ammettere il miglioramento a decorrere, anziché dall'aprile 2013, dal novembre 2013 e questo in considerazione della perizia della dr.ssa _____ per il SAM per la quale il miglioramento delle condizioni psichiche fosse da situare al novembre 2013 (cfr. al consid. 2.11 per esteso). Ciò non avrebbe in effetti alcuna ripercussione sull'esito della procedura, considerato come la soppressione della rendita, in base alla decisione impugnata, sia comunque effettiva solo per il luglio 2015. Visto quanto sopra, questo Tribunale ritiene pertanto che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Ne discende che la richiesta della ricorrente di procedere ad accertamenti ulteriori va respinta, ove pure si rilevi che gli atti facenti parte dell'incarto di cui alla procedura pendente presso il Tribunale di _____ e sfociata nella sentenza prodotta agli atti sono sostanzialmente già noti in questa sede (oltre che riferiti alla procedura di attribuzione della rendita conclusasi con la decisione del 16 novembre 2012), per cui un loro richiamo si rileva manifestamente superfluo (cfr. doc. XXII). 2.14. Per quel che concerne l'aspetto economico, l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi per determinare il grado di invalidità (cfr. consid. 2.6). Così, per il reddito da valido l'amministrazione, fondandosi sui dati statistici (vista la lunga assenza dal lavoro dell'assicurata; cfr. doc. AI 142), utilizzati cioè i dati salariali evinti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativi ad una professione semplice e ripetitiva nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.), ha preso in considerazione un importo di fr. 54'203.- conseguibili nel 2013 (doc. AI 136). Tale dato - per altro non contestato - va confermato. In merito al calcolo del reddito ipotetico da invalido, secondo la giurisprudenza, esso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione e 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 I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). In concreto, conformemente alla giurisprudenza e come si evince dalla decisione contestata, l'amministrazione ha pure utilizzato i dati salariali evinti dalla tabella TA1 per la quale la ricorrente, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalida pari fr. 54'203.-- nel 2013. Anche tale dato statistico non è stato contestato dall'interessata Stante quindi una capacità lavorativa del 70% in un'attività adeguata e applicata una riduzione del 10% - come rettamente proposto (conformemente alla STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 confermata dal TF nella STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013) dall'Ufficio AI con la risposta di causa (V) (in correzione della riduzione del 7% per la necessità di effettuare attività leggere, riconosciuta nella decisione oggetto di impugnativa rispettivamente nel rapporto concernente le riduzioni al reddito ipotetico da invalida allestito l'8 gennaio 2015, cfr. doc. AI 136) -, il

reddito da invalida nel 2013 ammonta a fr. 34'148.-- (fr. 54'203 moltiplicati per 70% e ridotti del 10% = fr. 34'147.9). Per quanto concerne la riduzione del 7% applicata dall'amministrazione, e in sede di risposta corretta al prossimo multiplo di 5 e, quindi, al 10%, ricordato come di principio circa la questione a sapere se, e se del caso in quale misura, al salario teorico statistico vada applicata una riduzione secondo la giurisprudenza del TF il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire il suo apprezzamento a quello dell'amministrazione (ATF 137 V 73 consid. 5.2, 126 V 80 consid. 5b) e rilevato come la giurisprudenza di questo Tribunale (cfr. STCA del 31 gennaio 2013, 32.2012.36, confermata dal TF mediante pronuncia del 26 agosto 2013, 9C-179/2013) ha osservato che l'Alta Corte 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, questa Corte non ha motivo per scostarsene, una deduzione del 10% apparendo adeguata, considerato come in concreto si tratti in definitiva di un unico fattore di riduzione (quello relativo alla necessità di effettuare lavori leggeri) e come la riduzione proposta tenga adeguatamente conto del fatto che l'interessata può ancora esercitare al 70% in attività adeguate (da considerare come presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto). Tutto ben considerato, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3) questo Tribunale ritiene quindi di non doversi scostare dalla valutazione dell'amministrazione, l'assicurata non avendo addotto motivi pertinenti che gli permettano di sostituire il suo apprezzamento a quello dell'amministrazione (ATF 137 V 73 consid. 5.2, 126 V 80 consid. 5b). Con riferimento alla critica della ricorrente, che pretenderebbe una riduzione statistica maggiore, va detto infatti che altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico da invalida non ve ne sono. Per quanto in particolare attiene all'allegazione della ricorrente per cui sarebbe impossibile per lei, lontana dal mondo del lavoro dal 2010, trovare un'occupazione confacente, considerata anche la sua formazione, va detto che questo Tribunale ritiene comunque che l'assicurata, tenuto conto anche del citato obbligo di diminuire il danno, possa ragionevolmente sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive che non richiedono una preparazione professionale specifica, ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Ad esempio va menzionato il settore dell'industria, in cui possono essere eseguite attività di controllo e di sorveglianza, fisicamente assai leggere, oppure quello dei servizi dove vi sono mansioni che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che non comportano aggravii fisici e possono essere svolte prevalentemente in posizione seduta (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. Va detto pure che le limitazioni da rispettare dall'interessata, essenzialmente di natura reumatologica oltre che urologica - che le impongono di evitare attività lavorative non ergonomiche per il rachide lombare, movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco, o posizioni statiche ferme, in piedi o da seduta per più di un'ora, che comportino l'innalzamento di pesi superiori ai 5 - 7,5 kg e lavori con le braccia alzate sopra l'orizzontale soprattutto utilizzando il braccio destro contro resistenza ed alzando pesi sopra l'orizzontale di oltre 4 kg; l'assicurata dovrebbe inoltre avere a sua disposizione un servizio igienico; cfr. al consid. 2.12 senza per questo violare il diritto di essere sentita) - non ostacolano lo svolgimento di attività che non necessitano una particolare qualifica. Va

pertanto ammesso che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività non qualificate che l'interessata, malgrado il danno alla salute e l'assenza di preparazione professionale specifica, sarebbe in grado di esercitare all'70%. Quanto poi all'invocata mancanza di formazione, il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un'attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (cfr. STCA 35.2004.104 del 25 aprile 2005, 32.2007.321 dell'8 ottobre 2008; STF U 191/99 del 24 gennaio 2001 e I 532/05 del 13 luglio 2006). Nel caso particolare va peraltro detto che la ricorrente è stata attiva come cameriera, laboratorista in fotografia, venditrice, istruttrice di fitness e addetta alla cura delle unghie (cfr. doc. AI 2-8), dimostrando una non indifferente elasticità nell'adattamento a nuove mansioni, fattore questo che certamente le permette di accedere a un non indifferente spettro di attività adeguate. Infine, il TCA rileva che pur non ignorando le difficoltà esistenti sul mercato del lavoro svizzero, tuttavia ciò rappresenta un elemento estraneo all'invalidità. Secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve in effetti compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere, ma, semmai, l'assicurazione contro la disoccupazione (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., p. 83). È poi utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale (cfr. STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008, 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, 8C_563/2012 del 23 agosto 2012; DTF 119 V 347; VSI 1998 p. 296 consid. 3b). Un'ulteriore riduzione sul salario ipotetico da invalida non risulta pertanto giustificata. Ritenuti un reddito da valida, come detto, di fr. 54'203.-- e da invalida di fr. 34'148.--, si ottiene un grado d'invalidità del 37% ($(54'203 - 34'148) \times 100 : 54'203 = 37\%$) che non conferisce il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.6). Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 70% in attività adeguate con una corrispondente perdita di guadagno del 37%, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.15. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è a ragione che l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita di invalidità con effetto dal 1° luglio 2015, ossia il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione contestata (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). Il ricorso va dunque respinto. 2.16. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale

cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 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 complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico della ricorrente, la quale tuttavia ha postulato l'assistenza giudiziaria gratuita. 2.17. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nel caso concreto, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dai relativi documenti allegati risulta che la ricorrente, divorziata e senza attività lucrativa, percepisce unicamente la rendita di invalidità oltre a una prestazione complementare; non possiede in pratica alcuna sostanza (doc. H2). In queste circostanze il requisito dell'indigenza è dato. L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere considerato privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA I 569/02 del 15 luglio 2003 consid. 5; U 234/00 del 23 maggio 2002 consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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