

TI_GERICHTE 32.2016.45 vom 4. April 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-04-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.45

FR: TI_GERICHTE 32.2016.45 du 4 avril 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.45 del 4 aprile 2016

Regeste

Attribuzione di rendita temporanea a salariata e casalinga, soppressa perché grado AI 22%. Dall'analisi della perizia pluridisciplinare SAM e dei referti dei medici curanti, TCA conferma le conclusioni dell'UAI. Peggioramento non comprovato. OK metodo misto anche alla luce della giurisprudenza Di Trizio

Erwägungen

E. 13

dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Nella sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il Tribunale federale aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto

non raggiungeva più un grado d'invalidità pensionabile (STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. La Corte europea - ricordato che non incombe a lei annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (sul tema vedi pure la STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016). Nella STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016 (destinata a pubblicazione), a seguito della succitata sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo il Tribunale federale ha dovuto pronunciarsi sulla domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 20 luglio 2008, che ha dato luogo alla sentenza Di Trizio contro Svizzera. La nostra Massima istanza - analizzati i presupposti per potere procedere a una revisione di una sentenza del TF per violazione della Convenzione europea dei diritti dell'uomo ai sensi dell'art. 122 LTF ed espone le motivazioni per le quali è stato ritenuto violato l'art. 14 (Divieto di discriminazione) in combinato disposto con l'art. 8 (Diritto al rispetto della vita privata e familiare) CEDU (cfr. i consid. 1, 2 e 3) - ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica). Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado d'invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art.

E. 14

combinato con l'art. 8 CEDU allorché le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo (cfr. consid. 4.1: “ (...) Als Verletzung von Art. 14 in Verbindung mit Art. 8 EMRK ist demnach zu betrachten, wenn die von der versicherten Person getroffenen, in den Schutzbereich des Art. 8 EMRK fallenden Dispositionen - die Geburt von Kindern und die damit (hypothetisch) verbundene teilweise Aufgabe der Erwerbstätigkeit - die einzige Grundlage des Statuswechsels bilden und aus der Änderung der Invaliditäts-bemessungsmethode (Anwendbarkeit der gemischten statt der Einkommensvergleichsmethode) die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente (bzw.

die Befristung der rückwirkend zugesprochenen Rente) resultiert. (...) ”). In una tale costellazione, allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un’occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell’art. 17 LPGa. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all’accoglimento della domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell’UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell’uomo, all’infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all’applicabilità del metodo misto (cfr. consid. 4.4: “ (...) Es bleibt darauf hinzuweisen, dass das EGMR-Urteil vom 2. Februar 2016 unter der geltenden Rechtslage nichts daran ändert, dass die gemischte Methode in Fällen, welche ausserhalb der in E. 4.1 beschriebenen Konstellation (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 355 des BSV vom 31. Oktober 2016) liegen, weiterhin Anwendung finden kann. Zu denken ist beispielsweise an eine versicherte Person, deren Statusfestsetzung als Teilerwerbstätige mit einem Aufgabenbereich nicht familiär bedingt ist (Urteile 9C_179/2016 vom 11. August 2016 E. 5 und 9C_650/2015 vom 11. August 2016 E. 5.5), oder an die erstmalige Rentenzusprache an eine während des ganzen massgebenden Beurteilungszeitraums als teilerwerbstätig mit Aufgabenbereich zu qualifizierende versicherte Person (in diesem Sinne auch Urteil 8C_633/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.3). (...) ”) (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017). L’interpretazione data dal Tribunale federale in STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016 è stata criticata dalla dottrina (cfr. U. Kieser, “Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung” in HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis, “IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts” in plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, destinata a pubblicazione, il TF ha confermato il contenuto della sentenza 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016, aggiungendo che essa non si applica solo nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un’occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione (cfr. consid. 3.3.3: “ Wie im Sachverhalt, der dem Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016 zugrunde lag, sprechen auch im Falle der Beschwerdeführerin allein familiäre Gründe (die Geburt eines Kindes und die damit einhergehende Reduktion des Erwerbsspensums) für den erwähnten Statuswechsel und führt auch bei ihr die neu anstelle des Einkommensvergleichs angewendete gemischte Methode zu einem tieferen Invaliditätsgrad. Die beiden Fälle unterscheiden sich lediglich insofern, als es im bereits entschiedenen um eine revisionsweise Rentenaufhebung ging (neu ermittelter Invaliditätsgrad von weniger als 40 %) und hier - weil der neu ermittelte Invaliditätsgrad (43.7 % gemäss angefochtenem Entscheid) über der anspruchserheblichen Schwelle von 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) liegt - eine revisionsweise Rentenherabsetzung in Frage steht. Dabei handelt es sich um einen rein quantitativen Unterschied. Das im Urteil 9F_8/2016 vom 20. Dezember 2016 zur revisionsweisen Rentenaufhebung bei allein familiär bedingtem Statuswechsel von "vollerwerbstätig" zu "teilerwerbstätig mit Aufgabenbereich" Gesagte verliert deswegen nicht seine Gültigkeit (vgl. in diesem Sinne

wohl auch IV-Rundschreiben Nr. 355 des BSV vom 31. Oktober 2016) ”). 2.5. Al fine di determinare il metodo di calcolo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, op. cit., pag. 190-191). Nel caso di specie, l'amministrazione ha considerato l'assicurata salariata al 72% (30 ore settimanali su 41,6 previste nella sua branca di attività) ed esercitante mansioni consuete al 28%, perciò ha applicato il metodo misto di calcolo (doc. 32). Questa suddivisione, non contestata, va confermata. Quanto all'utilizzazione del metodo misto, considerato che nella fattispecie concreta si tratta di statuire su una decisione con la quale è stato riconosciuto il diritto a una rendita intera limitata nel tempo, non trattandosi quindi di una costellazione come quella descritta nella STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016 e nella STF 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, in virtù della suesposta giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.4) nulla osta alla sua applicazione (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017 consid. 2.7). 2.6. Trattandosi in concreto dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPG (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPG stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su

richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 2.7. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V

166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)". Va infine rilevato che nella DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. 2.8. Dal 23 gennaio 2012 l'assicurata non ha più svolto l'attività di collaboratrice domestica presso una famiglia a causa, come ha certificato il 7 agosto 2013 (doc. 43) il dr. med. _____, FMH medicina interna e malattie reumatiche, di una sindrome lombovertebrale/spondilogenica cronica su: alterazioni degenerative e conosciuta stenosi del canale spinale a livello L3-L4; stato dopo sequestrectomia di lussato erniario intraforaminale L3-L4 a sinistra e neurolisi della radice L3 di sinistra il 17 ottobre 2012. Sindrome del dolore cronico di probabile origine funzionale-somatiforme. Acquisiti i numerosi referti rilasciati dai medici consultati dalla ricorrente sia per disturbi somatici sia psichici, il 14 novembre 2013 (doc. 61) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto opportuno disporre una valutazione pluridisciplinare, che ha avuto luogo i giorni 19, 24 e 25 febbraio 2014, 6 e 11 marzo 2014 presso il Servizio Accertamento Medico in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico. Nella perizia pluridisciplinare resa il 29 aprile 2014 (doc. 73) sono stati riassunti tutti gli atti medici messi a disposizione degli specialisti, sono state esposte le anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali), la descrizione della giornata, la terapia farmacologica in atto, le constatazioni obiettive, così come gli esiti degli esami di laboratorio ed elettrofisiologici. Nel suo parere del 24 febbraio 2014 (doc.) il dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, ha ripercorso i passi medici intrapresi dall'assicurata dal 2011 al 2014, ha evidenziato i dati soggettivi e oggettivi dell'interessata, ha esaminato la colonna vertebrale e le articolazioni periferiche riscontrando 6 punti fibromialgici su 18 positivi, il sistema nervoso cursorio e ha indicato gli esiti degli esami di laboratorio effettuati alcuni giorni prima. Quale diagnosi il perito ha individuato la sindrome panvertebrale con componente cervicolumbospondilogenica cronica, in: alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare con conosciuta stenosi del canale spinale in L3-L4; Stato dopo sequestrectomia di lussato erniario intraforaminale L3-L4 a sinistra e neurolisi della radice di L3 a sinistra il 17 ottobre 2012; Tendenza fibromialgica; Decondizionamento e sbilancio muscolare; Disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale e della lombare, scoliosi sinistro-convessa dorsale); obesità (peso 70,9 kg / statura 155cm). Nella sua valutazione il perito ha raccomandato il calo ponderale onde ridurre il carico sul passaggio lombosacrale e ha suggerito parallelamente un ricondizionamento progressivo del corsetto muscolare

lomboaddominale per aumentare la resistenza agli sforzi fisici stabilizzando il rachide lombare operato. Egli ha precisato che queste misure terapeutiche erano in grado di migliorare la qualità di vita dell'assicurata, ma non necessariamente la sua capacità funzionale e di carico residua. Per quanto concerne la capacità residua, l'assicurata poteva molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10kg, mai oltre i 15kg; poteva sollevare pesi fino a 5kg sopra l'altezza del petto, mai pesi superiori a 5kg. L'interessata poteva maneggiare attrezzi di precisione molto spesso, di rado attrezzi pesanti. La rotazione manuale era normale. Lavori al di sopra della testa erano impraticabili, raramente poteva effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurata poteva assumere talvolta la posizione seduta/in piedi di lunga durata, mentre poteva molto spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre i 50m, talvolta camminare per lunghi tragitti come anche camminare su terreno accidentato, salire le scale, mentre mai salire le scale a pioli. In un lavoro adatto allo stato di salute, il reumatologo ha valutato l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore con un rendimento massimo del 100% dal 17 aprile 2013, ossia a distanza di 6 mesi dall'intervento neuro-chirurgico decompressivo al rachide lombare (17 ottobre 2012). Nella sua attività di ausiliaria di pulizie in una casa privata il perito ha giudicato l'assicurata inabile al lavoro nella misura del 50% da ritenersi come diminuzione del rendimento sull'arco delle 30 ore lavorative contrattuali, sempre dal 17 aprile 2013. Infine, come casalinga l'assicurata è stata ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 20%, sempre dal 17 aprile 2013. Questa stessa diminuzione del rendimento, ha precisato l'esperto, era applicabile anche nel caso in cui l'assicurata avesse svolto questa attività a tempo parziale. Il dr. med. _____, specialista FMH neurologia, ha visitato l'assicurata il 6 marzo 2014 e nel suo referto del 21 marzo 2014 (doc. 73 pag. 23) ha riassunto gli atti medici, ha esposto lo stato neurologico, l'esito dell'EMG e la sua valutazione, ponendo la diagnosi di lieve sindrome del tunnel carpale destra e moderata a sinistra. Stato dopo sequestrectomia di lussato erniari intraforaminale L3-L4 sinistra e neurolisi radice L3 sinistra il 17 ottobre 2012 senza sintomatologia radicolare residuale. Il perito ha osservato che l'assicurata si muoveva spontaneamente senza limitazioni, in maniera svelta anche nei passaggi posturali (da seduta a sdraiata e viceversa). Non v'erano deficit di forza e globalmente v'erano ancora minimi segni di una progressiva radicolopatia L3 sinistra. I deficit sensitivi accusati dall'interessata in ogni caso a livello degli arti inferiori erano comunque di difficile inquadramento organico, non avevano una distribuzione dermatogena, lo stesso valeva per l'ipoestesia dell'emifaccia destra. Si trattava presumibilmente di un disturbo sensitivo con componente somatoforme. Invece le disestesie accusate a livello delle mani potevano derivare effettivamente dalla sindrome del tunnel carpale. Non v'erano quindi segni attuali di una problematica radicolare acuta né in sede lombare né in sede cervicale, tra l'altro la paziente non descriveva dei dolori chiaramente radicolari, ma piuttosto dolori agli arti inferiori in sede molto variabile, sia a destra sia a sinistra, a localizzazione anche diversa talvolta cosce anteriori talvolta laterali oppure gamba mediale o anteriore, pure ai piedi in sede dorsale o della pianta, dolori che non avevano un'origine neurogena. Per l'esperto, dalle diagnosi poste non derivava un'incapacità lavorativa per qualsiasi attività professionale incluso il lavoro abituale; neppure nessuna incapacità lavorativa per quanto riguardava le mansioni casalinghe. Il perito ha affermato che era difficile stabilire se nel corso del 2012 v'erano stati

effettivamente dei dolori radicolari e quindi delle incapacità lavorative legate ad una causa neurologica, l'assenza di un beneficio dell'intervento del 17 ottobre 2012 metteva in dubbio se vi sia stato un significato clinico del lussato erniario L3-L4 o se si era semplicemente trattato di un riscontro casuale (il dr. _____ non aveva mai evidenziato sintomi e segni radicolari e neppure il dr. _____ che aveva visto l'interessata nel maggio 2012. Anche le infiltrazioni eseguite dal dr. _____ non avrebbero portato beneficio rendendo ulteriormente improbabile una problematica radicolare significativa). In ogni caso, a quel momento dal lato neurologico non v'era una sintomatologia radicolare, i lievi segni radicolari L3 sinistra potevano essere benissimo legati anche all'intervento stesso di neurolisi della radice L3 sinistra, comunque senza attuali segni deficitari o algici di una problematica radicolare L3 sinistra. Dal lato prognostico, ha rilevato il perito, non v'era una sintomatologia radicolare lombare, in tal senso la prognosi era favorevole. Per quanto riguarda la sindrome del tunnel carpale a quel momento la sintomatologia era contenuta, in caso di peggioramento si sarebbe potuti procedere anche con una decompressione chirurgica dei nervi mediani in corrispondenza del tunnel del carpo, interventi che in genere comportano la regressione completa dei sintomi. Il 25 febbraio e l'11 marzo 2014 il dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, ha avuto modo di peritare l'assicurata basandosi sugli atti medici, su due colloqui di 2 ore il primo e di 70 minuti il secondo, su un colloquio di 15 minuti con il marito e su un altro telefonico, sempre di 15 minuti, con lo psichiatra curante dr. med. _____. Nel suo rapporto del 27 marzo 2014 (doc. 73 pag. 27) il perito nominato dall'Ufficio AI ha riassunto l'anamnesi familiare, personale, patologica, la farmacoterapia attuale, i dati soggettivi, lo stato psichico, ha posto la diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa ed esposto la sua valutazione finale, rispondendo infine alle domande dell'Ufficio assicurazione invalidità. L'esperto ha diagnosticato, con influsso sulla capacità lavorativa, una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4) e una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2), mentre dei disturbi di personalità misti (ICD-10; F61.0) senza influssi sulla capacità lavorativa. Il perito psichiatra ha osservato che l'assicurata era di estrazione povera sia economicamente sia di cultura e formazione, che già a 11-12 anni ha iniziato a lavorare come domestica. Trasferitasi in Svizzera nel 1995, nel 1998 le è stata diagnosticata per la prima volta una sindrome ansioso-depressiva nell'ambito di un disturbo dell'adattamento. A intervalli irregolari, soprattutto per le difficoltà nei confronti del figlio tossicodipendente, consultava uno psichiatra. Dal 2011 sono insorti i dolori lombari irradianti agli arti inferiori, che progressivamente hanno assunto carattere invalidante e nel gennaio 2012 l'assicurata ha terminato l'attività lavorativa. Né le terapie conservative né l'intervento neurochirurgico sono stati in grado di modificare il dolore e dall'aprile 2013 le diagnosi poste durante i tre ricoveri del 2013 sono di sindrome da dolore somatoforme, fibromialgia e sindrome da somatizzazione, sempre accompagnate dalla diagnosi di sindrome ansioso-depressiva. Per il perito, il trasferimento in Svizzera ha sicuramente determinato un problema di adattamento e uno stato ansioso, sfociato nel ricovero del 1998. Questo stato ansioso-depressivo è riapparso nel 2013 in modo fluttuante, ma mai così grave da necessitare una terapia farmacologica specifica. Durante il ricovero al _____ di _____ del 2013 avvenuto per motivi coniugali, lo stato ansioso dell'interessata è diventato una sindrome depressiva ricorrente con un attuale episodio di media gravità. Da quel momento, le difficoltà con il marito, minacciato di divorziare, a dire dell'assicurata sono migliorate; da allora essa si sentiva meglio e anche i dolori sarebbero migliorati, potendo fare più cose in casa e camminare più a lungo. Durante la sua valutazione lo psichiatra non ha potuto

confermare uno stato depressivo endogeno, mentre l'assicurata mostrava sicuramente sintomi ansiosi con lievi sintomi depressivi dovuti alla sua situazione psicosociale difficile, in particolare al dispiacere per il figlio maggiore tossicodipendente. Già nel febbraio 2012 il reumatologo dr. med. _____ aveva sospettato che i dolori lamentati dall'assicurata avessero una componente funzionale-somatoforme, cioè non esisteva una spiegazione somatica sufficientemente soddisfacente che spiegasse i dolori e anche altri rapporti medici tra il 2012 e il 2013 parlavano di sindrome fibromialgica, di sindrome da somatizzazione o di sindrome del dolore cronico. Di conseguenza, ha affermato il perito, tenuto conto anche dei fattori psicosociali, era necessario porre la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente. Nella terapia del disturbo somatoforme da dolore persistente può dare un importante aiuto la psicoterapia con l'obiettivo di modulare la percezione del dolore e di differenziare tra sentimenti e dolore. L'assicurata non ha mai beneficiato di una terapia coerente, essendosi rivolta al dr. med. _____ solo nei momenti di difficoltà o con il figlio o con il marito. Per il perito era possibile che la conoscenza limitata dell'italiano fosse un problema. Per quanto riguarda la sintomatologia ansioso-depressiva, che ha la sua influenza sulla percezione del dolore, avrebbe potuto essere trattata con una terapia farmacologica specifica così come la stessa percezione del dolore. L'assicurata non era stata adeguatamente curata per il disturbo del dolore cronico. La valutazione psichiatrica ha infine confermato anche la diagnosi strutturale, cioè il disturbo di personalità, che rimaneva però non specificato essendo presenti più aspetti, come l'aggressività e l'instabilità emotiva, ma non in misura da soddisfare i criteri per un disturbo specifico. Rispondendo ai quesiti posti dall'Ufficio AI, lo specialista ha definito dell' almeno 80% la capacità lavorativa dell'assicurata nell'ultimo lavoro svolto e in altre attività, precisando trattarsi di una limitazione funzionale dovuta ai sintomi della sindrome mista ansioso-depressiva. Per quanto concerne le attività consuete, in ambiente in cui l'assicurata era in grado di definire essa stessa il proprio ritmo di lavoro, poteva svolgere al 100% detti lavori. L'esperto ha collocato la sindrome somatoforme da dolore persistente, anamnesticamente, all'inizio del 2012, mentre la sintomatologia ansioso-depressiva risaliva a molto prima, probabilmente a quando l'assicurata si è trasferita nel nostro Cantone o poco più tardi, quando la famiglia ha appreso della tossicodipendenza del figlio. Una leggera riduzione della capacità lavorativa (20%) esisteva di conseguenza dall'inizio del 2012. Era possibile che l'incapacità avesse raggiunto una percentuale più alta, ma era limitata a poco prima e durante il ricovero all'Ospedale _____ di _____, dovuto alla diagnosi di sindrome di depressione ricorrente, ma non più del 50%. In seguito al ricovero la sintomatologia era migliorata. Non essendo l'assicurata mai stata curata in modo adeguato, era difficile esprimersi sulla prognosi, ma una adeguata presa a carico avrebbe potuto migliorare decisamente la sintomatologia ansioso-depressiva e anche la percezione del dolore. Anche la capacità lavorativa avrebbe potuto migliorare, perciò il perito ha consigliato una rivalutazione della capacità lavorativa dopo un anno dalla presa a carico condotta secondo le regole. Per quanto riguarda la sindrome somatoforme da dolore persistente, il perito ha ritenuto che l'interessata fosse ancora capace di mettere in atto lo sforzo necessario di superare i limiti della malattia. Infatti la comorbidità psichiatrica, cioè la sintomatologia ansioso-depressiva, suscettibile di miglioramento se trattata adeguatamente, era l'unico criterio di Förster, per quanto lieve, che si potesse constatare. Secondo l'esperto, erano soprattutto i sintomi ansioso-depressivi quali l'umore disforico-deflesso, l'instabilità emotiva con attacchi di rabbia e aggressività, la difficoltà di reagire emotivamente e l'insonnia che limitavano leggermente la capacità lavorativa. Questi sintomi riducono l'attenzione, la concentrazione

sui compiti da eseguire e le competenze sociali. I dolori, alimentati dall'ansia, a loro volta aumentano la rassegnazione e l'isolamento sociale. Sentiti quindi tutti i periti coinvolti, globalmente il SAM ha posto le seguenti diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Diagnosi reumatologica : Sindrome panvertebrale con componente cervicolombo-spondilogeno cronica, in: - alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare con conosciuta stenosi del canale spinale in L3-L4; - stato dopo sequestrectomia di lussato erniario intraforaminale L3-L4 a sinistra e neurolisi della radice di L3 a sinistra il 17 ottobre 2012; - tendenza fibromialgica; - decondizionamento e sbilancio muscolare; - disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale e della lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale); - obesità (peso 70,9kg / statura 155cm). Diagnosi psichiatrica Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4). Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2). E senza influenza sulla capacità lavorativa: Disturbi di personalità misti (ICD-10; F61.0). Lieve sindrome del tunnel carpale a destra e moderata a sinistra. Colon irritabile. Episodi parossistici di dispnea di possibile origine asmatica. Epatopatia steatosica. Insufficienza venosa cronica della piccola safena sinistra. Stato dopo colecistectomia 1979. Il 28 aprile 2014 alle ore 11.45 fra i medici periti del SAM e il dr. med. _____ e il dr. med. _____ è avvenuta un'esauriente discussione sullo stato di salute dell'assicurata, a seguito della quale gli specialisti hanno concluso che le percentuali di incapacità lavorativa dovute alla patologia reumatologica ed alla patologia psichiatrica non dovevano essere sommate, bensì integrate, perché entrambe all'origine di una diminuzione del rendimento con possibilità di compensazione vicendevole. Complessivamente, tenuto conto di tutte le patologie riscontrate, l'assicurata è stata completamente inabile al lavoro per ogni attività da gennaio 2012 al 16 aprile 2013 e inabile al lavoro nella misura del 50% dal 17 aprile 2013 a luglio 2013. Da agosto 2013 l'assicurata era abile al lavoro nella misura del 50% (metà rendimento per il normale tempo di lavoro) nell'attività da ultimo svolta di ausiliaria di economia domestica e abile al lavoro nella misura dell'80% (normale tempo di lavoro con rendimento dell'80%) in un'attività adatta alle sue condizioni di salute, che rispetti i limiti funzionali e di carico descritti dal reumatologo. Nella medesima misura dell'80% l'assicurata era abile anche per l'attività di casalinga. La prognosi era stazionaria. Nel suo rapporto finale del 5 maggio 2014 (doc. 74) il medico SMR dottor _____ ha osservato che il perito psichiatra ha posto delle diagnosi poco influenti sulla capacità lavorativa, rilevando che la sindrome ansioso-depressiva non è una depressione conclamata e che la sindrome da dolore somatoforme adempie, qui, solo 1 dei criteri di Förster, cioè la presenza di una lieve patologia psichiatrica. Il medico SMR ha quindi inserito la sindrome somatoforme da dolore persistente fra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. Egli ha inoltre riscontrato una differenza tra quanto stabilito dai periti SAM (20% di incapacità lavorativa come casalinga dal 17 aprile 2013) e l'inchiesta domiciliare del 29 marzo 2013 (30%), perciò ha disposto una nuova inchiesta, che ha avuto luogo il 23 giugno 2014. Nel suo rapporto del giorno seguente (doc. 76) l'assistente sociale incaricata ha concluso per una limitazione complessiva delle attività consuete del 25%. A seguito del progetto di decisione dell'8 agosto 2014 (doc. 81) di attribuzione di una rendita d'invalidità temporanea dal 1° gennaio al 30 novembre 2013, il dr. med. _____, FMH medicina generale, curante dell'assicurata, il 25 agosto 2014 (doc. 82) ha fatto presente come l'interessata sia stata ricoverata per motivi psichici (sindrome di somatizzazione, disturbo di personalità misto con tratti istrionici ed aggressivi, sindrome depressiva ricorrente allora di gravità media) in tre occasioni per complessivamente quasi tre mesi (da aprile a luglio

2013), perciò la sua inabilità lavorativa andava prolungata durante questo lasso di tempo. Dal 2 luglio 2013 i disturbi a livello della colonna vertebrale hanno portato alla conferma della diagnosi di radicolopatia L3-L4 a sinistra con proposta di un intervento di decompressione del canale spinale. Nell'agosto 2013 il reumatologo curante aveva individuato una sindrome del dolore cronico difficilmente influenzabile con qualsiasi misura terapeutica. Nel giugno 2014 è stata effettuata una MRI e la paziente era in cura per la sintomatologia dolorosa. Pertanto, per il medico curante l'interessata era da considerare come inabile al 100% in modo permanente anche in un'attività adeguata, non solo per la patologia vertebrale, ma anche per la patologia psichiatrica ricordando il disturbo di personalità misto e la sindrome depressiva ricorrente. Il 7 novembre 2014 (doc. 89) il dr. med. _____ ha riassunto lo stato della sua paziente, ricordando come a quel momento la sintomatologia più evidente erano i dolori cronici sulla conosciuta sindrome del dolore cronico, come pure sugli esiti dell'intervento chirurgico in sede vertebrale. Su invito del 4 dicembre 2014 (doc. 92) del medico SMR, questi nuovi certificati sono stati sottoposti il 19 giugno 2015 (doc. 97) all'attenzione del Servizio Accertamento Medico e nella loro presa di posizione del 9 luglio 2015 (doc. 98) i periti hanno riformulato l'evoluzione della capacità lavorativa, considerando l'assicurata inabile al lavoro in qualsiasi attività da gennaio 2012 al 1° luglio 2013, dopodiché abile al 50% nella professione da ultimo esercitata, mentre abile all'80% in attività adeguate. A loro dire, i 6 nuovi referti non modificavano questa valutazione. Il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna e medico SMR, il 18 luglio 2015 (doc. 99) ha modificato in tal senso il grado di incapacità lavorativa dell'assicurata e per le mansioni consuete ha stabilito che fino al 1° luglio 2013 l'inabilità lavorativa era totale, poi del 30% e dal 24 giugno 2014 del 25%. A seguito del progetto del 23 luglio 2015 (docc. 101 e 102) di attribuzione di una rendita d'invalidità temporanea intera dal 1° gennaio al 31 ottobre 2013, l'assicurata ha trasmesso all'Ufficio AI due ulteriori referti del 31 luglio (RM lombare) e del 10 agosto 2015 (certificato del dr. med. _____ di inabilità lavorativa psichica dal 2013 con richiesta di perizia psichiatrica). Il 25 settembre 2015 (doc. 107) i dr. med. _____ e _____, quest'ultimo specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, in qualità di medici del Servizio Medico Regionale hanno osservato che la nuova documentazione non conteneva nessuna informazione sull'oggettività clinica. La sindrome panvertebrale su alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide era nota ed era già oggetto di numerose misure terapeutiche. Il referto della risonanza magnetica non conteneva sostanzialmente nulla di nuovo. Per i medici dell'SMR, lo psichiatra curante si è limitato ad esprimere il suo disaccordo con la valutazione della capacità lavorativa senza però indicazioni concrete riguardanti il presunto peggioramento dello stato di salute. Ricordato che l'assicurata era stata sottoposta di recente a una perizia psichiatrica SAM, entrambi i medici SMR hanno confermato la precedente valutazione SMR del 17 luglio 2015. Su tale base l'Ufficio assicurazione invalidità ha emanato il 4 aprile 2016 (doc. B) la decisione che conferma il progetto di attribuzione di una rendita temporanea intera e con il ricorso l'assicurata, per contestare l'interruzione del versamento della rendita di invalidità al 31 ottobre 2013, ha prodotto due referti. Il 21 aprile 2016 (doc. C) il dr. med. _____ ha rilevato che già il 25 agosto 2014 aveva evidenziato la situazione somatica-reumatologica, come pure la situazione psichiatrica con una sindrome di somatizzazione, un disturbo di personalità misto con tratti aggressivi e una sindrome depressiva ricorrente, valutazione ribadita il 7 novembre 2014. A suo dire, la situazione a livello algico era tendenzialmente in peggioramento: a partire dal gennaio 2015 l'interessata è stata spesso in consultazione presso i neurochirurghi dell'Ospedale

_____ di _____ e presso il _____, dove è stato impostato un nuovo trattamento dapprima con Pregabalin e poi con degli antidepressivi indicati nei relativi referti. Per il medico curante, l'assicurata presentava dal punto di vista clinico anche una sintomatologia neurologica con sensazione di congelamento e formicolio nel territorio dermatoma L3 sinistra e una sensazione di deficit della forza della gamba: è stata sottoposta a più riprese a esami neuroradiologici (RMI) e a fisioterapia intensa. Egli ha osservato che nel corso del 2015 v'è stato un aggravamento dei sintomi nel contesto di un peggioramento della stenosi del canale vertebrale L3-L4 per il quale i neurochirurghi avevano proposto di intervenire chirurgicamente, ma l'assicurata ha preferito aspettare. Essa presentava soprattutto dolori in sede lombare panvertebrali bilaterali, dolori evocabili alla digitopressione a livello delle faccette L3-L4, L4-L5 e L5-S1. Secondo il medico generalista non andava poi dimenticata la sintomatologia ansioso-depressiva che l'interessata presentava da tempo, dovuta a importanti conflitti familiari, e il disturbo di personalità con tratti aggressivi, che in questa situazione emergevano ulteriormente. Infine, egli ha segnalato l'asma bronchiale con ripetuti episodi di esacerbazione, per i quali essa doveva assumere cortisone. In conclusione, d'avviso del medico curante lo stato clinico della sua paziente non consentiva una capacità lavorativa. Il 25 aprile 2016 (doc. D) il dr. med. _____ ha certificato che l'assicurata era inabile totalmente dal 2012. Pronunciatosi su questi referti, il 12 maggio 2016 (doc. IV/1) il dr. med. _____ dell'SMR ha ritenuto che non mostrassero un oggettivabile peggioramento dello stato di salute dell'assicurata. 2.9. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag.

189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico

curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...).

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.10. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto sia la problematica psichiatrica sia quella reumatologica e anche quella neurologica sono state chiarite in modo soddisfacente non solo dai tre periti che hanno esaminato l'assicurata nel 2014, ma anche dai medici SMR che sono intervenuti in seguito. Ciò nonostante, questo TCA non può non stigmatizzare il lungo lasso di tempo intercorso tra l'esperimento della perizia pluridisciplinare da parte del Servizio

Accertamento Medico (febbraio e marzo 2014) e l'emanazione della decisione qui impugnata (aprile 2016), che è stata preceduta da un primo progetto di decisione dell'8 agosto 2014 e poi da un secondo del 23 luglio 2015, che ha annullato e sostituito il precedente. Questo ritardo si è accumulato dapprima quando il medico SMR (4 dicembre 2014) ha chiesto ai periti del SAM di pronunciarsi sui nuovi referti medici prodotti dall'assicurata comprovanti la sua degenza ospedaliera (9 luglio 2015). Poi presso la Cassa di compensazione _____, che il 20 ottobre 2015 (doc. 100) è stata incaricata dall'Ufficio AI di emanare la decisione formale dopo avere effettuato i calcoli di sua competenza. Al di là dell'aspetto procedurale appena evidenziato, va comunque rilevato che non risulta comprovato che lo stato di salute dell'assicurata sia peggiorato rispetto a quanto accertato due anni prima dal Servizio Accertamento Medico. In effetti, il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha semplicemente attestato che “ la situazione è tale per cui la Signora è all'inabilità totale dal 2012 ”, senza però porre la diagnosi di cui sarebbe affetta, senza nemmeno esporre un'anamnesi dell'assicurata, il suo stato passato ed attuale, e neppure indicare la (eventuale) terapia farmacologica in atto. Questo certificato, così come redatto, non è dunque tale da potere rimettere in questione il dettagliato, completo e chiaro referto peritale allestito dal dr. med. _____, che si è ampiamente documentato sullo stato di salute dell'interessata, ha avuto due consulti personali di 2 ore il primo e di 70 minuti il secondo, ha contattato telefonicamente lo psichiatra curante e ha avuto modo di parlare anche con il marito dell'assicurata. Il suo rapporto è inoltre conforme, nella forma e nel contenuto, alla giurisprudenza in materia di perizie psichiatriche, avendo analizzato per esteso le condizioni di salute della ricorrente, avendo posto la diagnosi secondo i criteri internazionali ICD e avendo valutato la sua capacità lavorativa residua. Per quanto concerne il rapporto del 21 aprile 2016 rilasciato dal dr. med. _____, medico curante della ricorrente e specialista in medicina generale, esso passa in rassegna gli ambiti in cui l'assicurata avrebbe ancora dei disturbi tali che ne limiterebbero la capacità lavorativa (residua). Riguardo ai disturbi psichiatrici, egli ha affermato che una sintomatologia ansioso-depressiva esisteva da tempo. Il TCA rileva che questa conclusione è stata tratta pure dal perito psichiatra, perciò tale referto non apporta nulla di nuovo rispetto alle conclusioni dell'Ufficio AI, così come laddove afferma che la depressione derivava da importanti conflitti familiari. Questa circostanza era infatti già nota ai periti al momento di valutare l'assicurata ed era quindi stato debitamente considerato che “ Durante il ricovero presso la _____ di _____, ricovero reso necessario a causa di problemi coniugali, lo stato ansioso diventa una sindrome depressiva ricorrente con un attuale episodio di media gravità. ” (doc. 73 pag. 30). A tal proposito, però, l'assicurata aveva dichiarato al dottor _____ che “ a partire dal suddetto ricovero le difficoltà con il marito sono migliorate, la “minaccia” di divorzio, rafforzata dal ricovero avrebbe funzionato. Da allora si sente meglio e anche i dolori sarebbero migliorati, ella può fare più cose in casa e camminare più a lungo. ” (doc. 73 pag. 31 in initio). Inoltre, in merito al disturbo di personalità con tratti aggressivi evidenziato dal medico curante, circostanza che emergerebbe maggiormente a causa dei conflitti familiari, va qui ricordato che anche l'esperto interpellato dall'Ufficio AI aveva riscontrato della aggressività da parte dell'assicurata, osservando che “ La valutazione psichiatrica conferma la diagnosi strutturale, cioè il disturbo di personalità, che rimane però non specificato, essendo presenti più aspetti, come l'aggressività e instabilità emotiva, ma non in misura da soddisfare i criteri per un disturbo specifico. ” (doc. 73 pag. 31 in fine). Dal profilo psichiatrico, dunque, il medico curante non ha indicato nulla di nuovo che non sia già stato debitamente

vagliato e considerato dal perito del Servizio Accertamento Medico. Il TCA evidenzia che era inoltre stata diagnosticata dal citato perito una sindrome da dolore somatoforme, nei confronti della quale non sono però state mosse specifiche contestazioni. Inoltre, il dr. med. _____, riscontrando il 5 maggio 2014 un solo criterio di Förster, cioè la presenza di una lieve patologia psichiatrica, ha ritenuto di inserire questa patologia fra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa riconoscendo come il SAM, anche in presenza di una sindrome ansioso-depressiva, una percentuale di incapacità lavorativa del 20%. Di conseguenza, non è qui necessario (nuovamente) approfondire l'aspetto somatoforme secondo i criteri apportati dalla citata nuova giurisprudenza e alla valutazione del dr. med. _____ va quindi prestata adesione senza riserve (STCA 32.2015.8 del 2 dicembre 2015; STCA 32.2015.49 del 12 novembre 2015; STCA 32.2014.171 del 24 settembre 2015). Il dr. med. _____ ha inoltre affermato che dal gennaio 2015 lo stato algico dell'interessata stava peggiorando, tanto che la stessa sarebbe stata spesso in consultazione presso dei neurochirurghi dell'Ospedale _____ e presso il _____, in cui le è stata cambiata la terapia farmacologica e somministrati degli antidepressivi. Per comprovare queste sue dichiarazioni il curante ha rinviato a sei certificati medici rilasciati rispettivamente il 26 gennaio, il 7 e 27 luglio, il 13 agosto, il 4 settembre e il 9 ottobre 2015. Questi referti non sono stati tuttavia prodotti né dal medico stesso né tanto meno dal rappresentante dell'assicurata in sede ricorsuale. In virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente, rinviando semplicemente a una serie di certificati e affermando che la perizia SAM è datata e quindi non attesta il suo attuale stato di salute, pretendendo con ciò che gli atti siano rinviati all'amministrazione per nuovi accertamenti medici, è venuta meno al suo obbligo di comprovare le sue allegazioni. Essa si è limitata a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità che non avrebbe sufficientemente vagliato le sue condizioni, mentre non ha saputo comprovare le sue lamentele, i referti medici prodotti non essendole di aiuto. Riguardo alla sintomatologia neurologica, secondo cui l'interessata presenterebbe una sensazione di congelamento e formicolio nel territorio dermatoma L3 sinistra e una sensazione di deficit della forza della gamba, il medico curante ha osservato che a più riprese l'assicurata è stata sottoposta a esami neuroradiologici (RMI) e a fisioterapia intensa. Anche in tale evenienza queste affermazioni non sono state comprovate da specifica documentazione medica specialistica,

perciò non sono in grado di attestare una situazione clinica differente da quella stabilita dal dr. med. _____ il 6 marzo 2014. In merito allo stato della gamba, il perito si era già ampiamente espresso, prendendo in considerazione i persistenti dolori agli arti inferiori lamentati dall'interessata, descritti come una specie di bruciore o caldo, come delle scosse o dei crampi, ed effettuando un'ampia valutazione EMG, esame risultato in sostanza nella norma, eccetto delle minime anomalie di una sofferenza neurogena pregressa del muscolo vasto laterale di sinistra (doc. 73 pag. 25 in fine). Quanto alla questione lombare, i disturbi nella zona L3 erano già noti ed erano già stati considerati nel 2014, laddove il neurologo aveva riscontrato ancora minimi segni di una pregressa radicolopatia L3 sinistra per l'asimmetria del riflesso rotuleo e le alterazioni minime EMG riscontrate del muscolo vasto laterale sinistro erano comunque senza deficit di forza specifico e senza deficit sensitivo corrispondente. Lo specialista non aveva rilevato una sintomatologia radicolare, i lievi segni radicolari L3 sinistra potendo essere benissimo legati anche all'intervento stesso di neurolisi della radice L3 sinistra, comunque senza attuali segni deficitari o algici di una problematica radicolare L3 sinistra. A suo dire i deficit sensitivi accusati a livello degli arti inferiori erano di difficile inquadramento organico, non avevano una distribuzione dermatogena; probabilmente si trattava di un disturbo sensitivo con componente somatoforme. Riguardo agli esami neuroradiologici, va qui ricordato che, da ultimo, il referto radiologico lombare del 31 luglio 2015 era già stato vagliato dai dr. med. _____ e _____ dell'SMR, i quali hanno osservato in proposito che la sindrome panvertebrale su alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide era nota ed era già stata oggetto di numerose misure terapeutiche e che la citata risonanza magnetica non conteneva sostanzialmente nulla di nuovo. Documentazione (neuro)radiologica più recente non è pervenuta né all'amministrazione né alla scrivente autorità, perciò le affermazioni del medico curante non possono essere fatte proprie da questo Tribunale. Infine, il dottor _____ ha dichiarato che nel corso del 2015 v'è stato un aggravamento dei sintomi nel contesto di un peggioramento della stenosi del canale vertebrale L3-L4, per la quale i neurochirurghi avevano proposto di intervenire chirurgicamente, senza però trovare il consenso dell'interessata. Come visto, sia il reumatologo sia il neurologo avevano preso in considerazione le alterazioni del rachide lombare con conosciuta stenosi del canale spinale in L3-L4 e che l'assicurata aveva subito una sequestrectomia del lussato erniario intraforaminale L3-L4 a sinistra, raccomandando un calo ponderale per ridurre il carico sul passaggio lombosacrale e un ricondizionamento progressivo del corsetto muscolare lomboaddominale per aumentare la resistenza agli sforzi fisici, stabilizzando il rachide lombare operato (doc. 73 pag. 21 in fine). Secondo il medico specialista in medicina generale l'assicurata avrebbe praticato della fisioterapia intensa, ma ciò non avrebbe portato dei miglioramenti visto che essa presentava dolori in sede lombare paravertebrali bilaterali, dolori emergenti a livello delle faccette L3-L4 (già noti), L4-L5 e L5-S1 (nuova localizzazione), senza però che questi dati siano stati oggettivati clinicamente. Infine, l'asma bronchiale con ripetuti episodi di esacerbazione che portavano la ricorrente ad assumere cortisone evidenziata dal medico curante era già stata individuata dai periti del SAM sotto forma di episodi parossistici di dispnea di possibile origine asmatica, tuttavia senza influenza sulla capacità lavorativa dell'interessata. Questo TCA evidenzia ancora che in presenza di disturbi cervico e lombovertebrali, nel caso di specie un medico reumatologo risulta più specialista di un medico generalista. Medesima conclusione va tratta per la patologia psichica. Per questo motivo può quindi essere fatto affidamento ai referti peritali dei dr. med. _____, _____ e _____ e accantonata l'opinione del dr. med.

_____, non specialista in materia siccome specialista in medicina generale, il quale ha riferito di disturbi reumatologici, neurologici e psichici. In effetti, a fronte di una valutazione peritale da parte di un reumatologo, un neurologo e uno psichiatra, le sue valutazioni di medico non specialista in queste branche della medicina non possono qui per giurisprudenza avere pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; STCA 36.2016.106 del 21 dicembre 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.188 del 30 settembre 2015; STCA 36.2014.54 del 9 febbraio 2015; STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2013.35 del 28 ottobre 2013; STCA 36.2012.70 del 24 aprile 2013; STCA 36.2011.48 del 18 maggio 2012) . Non va da ultimo dimenticato di osservare che anche diversi medici SMR si sono pronunciati nel corso degli anni sullo stato di salute della ricorrente, prendendo in considerazione non solo la perizia pluridisciplinare SAM, ma anche i rapporti dei medici curanti, i quali, per contro, non si sono sufficientemente confrontati con i referti allestiti dai periti e dai medici SMR. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurata in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. Il tali circostanze, le lagnanze dell'assicurata, non circostanziate, devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile e il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa della ricorrente. 2.11. Stante quindi la validità assunta dall'ultima valutazione medica del 25 settembre 2015 dei dr. med. _____ e _____ dell'SMR, i quali si sono fondati sull'opinione dei tre specialisti in materia del SAM intervenuti su mandato dell'Ufficio AI, il TCA ritiene che la capacità lavorativa dell'assicurata non si sia modificata rispetto a quanto stabilito dagli esperti interpellati dall'amministrazione. Pertanto, dal 1° gennaio 2012 la ricorrente è stata inabile al 100% di un tempo pieno (inteso come 30 ore) non solo nella sua ultima attività di ausiliaria di economia domestica addetta alla pulizia di una casa privata, ma anche in altre attività adeguate. Dal 2 luglio 2013 l'inabilità lavorativa va poi confermata nel 50% nella sua ultima attività e nel 20% in attività adeguate che rispettino i limiti funzionali individuati dal perito reumatologo. Per le mansioni consuete, l'assistente sociale ha stabilito che dal 2 luglio 2013 al 23 giugno 2014 l'inabilità lavorativa era del 30%, poi è diminuita al 25%. In assenza di elementi medici che contraddicono tali conclusioni, queste ultime capacità lavorative si sono dunque protrate anche dopo il 1° luglio 2013 rispettivamente il 24 giugno 2014. Sulla base del calcolo economico effettuato dall'Ufficio AI tenendo presenti questi gradi di incapacità lavorativa - che qui non v'è motivo di rimettere in discussione alla luce delle chiare e complete risultanze mediche esposte -, discende che la ricorrente, trascorsi i tre mesi dall'avvenuto miglioramento (1° luglio 2013), non ha più diritto al versamento di una rendita di invalidità, essendo il grado di invalidità individuato (22%) inferiore al grado minimo pensionabile (40%). La circostanza che è solo dal 24 giugno 2014 che il grado di incapacità lavorativa nelle mansioni consuete è passato dal 30% al 25%, mentre l'Ufficio AI ha ritenuto sin dal 1° gennaio 2013 un'inabilità del 25%, non muta nella sostanza il risultato finale. Ne discende, dunque, che dal 1° novembre 2013 l'insorgente non ha più diritto di ricevere una rendita di invalidità. Questo Tribunale non può quindi che confermare la soppressione della rendita d'invalidità così come stabilito dall'amministrazione e respingere integralmente il ricorso. Al riguardo è comunque utile

rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurata intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). 2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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