

TI_GERICHTE 32.2016.54 vom 21. April 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-04-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.54

FR: TI_GERICHTE 32.2016.54 du 21 avril 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.54 del 21 aprile 2016

Regeste

Revisione d'ufficio sopprime rendita intera. Analisi dei certificati medici e della perizia pluridisciplinare. Quest'ultima prevale, non avendo l'ass. comprovato un peggioramento; non ha prodotto referti medici. Grado AI 30% con il confronto percentuale dei redditi e col metodo ordinario. OK soppressione

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (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). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del

secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.4. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. 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 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia 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 (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGa, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della

fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.5. 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.

2.6. Nel caso di specie l’Ufficio AI, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti, avere sottoposto l’assicurata a due perizie pluridisciplinari e avere sentito (più volte) il parere del Servizio Medico Regionale, con la decisione impugnata ha soppresso la rendita di invalidità riconosciuta alla ricorrente dal 2009. Considerata un’incapacità lavorativa del 30% in qualsiasi attività, applicando il metodo di raffronto percentuale dei redditi l’amministrazione ha concluso che il grado di invalidità dell’assicurata fosse del 30%. Ad ogni modo, anche procedendo con il metodo ordinario del raffronto fra il reddito conseguito al 100% senza invalidità e il reddito ottenibile in un’attività ragionevolmente esigibile al 70% (come aiuto medico) malgrado determinate limitazioni funzionali, si raggiungeva una perdita di guadagno del 25%. Infine, tenendo conto del reddito conseguito dal 2014 come segretaria amministrativa presso uno studio medico, dal raffronto dei redditi risultava un grado AI del 19%. La ricorrente ha contestato non solo il metodo di calcolo adottato dall’Ufficio AI che, a suo dire, deve essere effettuato secondo il metodo ordinario del confronto dei redditi stabilendo la differenza fra il reddito senza invalidità e quello che può tuttora realizzare. Anche il grado di incapacità lavorativa, sia nella sua professione di strumentista sia in altre attività adeguate, per l’insorgente non sarebbe stato stabilito correttamente. Prima di procedere con la determinazione del grado di invalidità il TCA deve dapprima verificare lo stato di salute dell’insorgente.

2.7. A seguito del deposito della richiesta di prestazioni l’Ufficio AI ha acquisito una folta documentazione medica presso sia la _____, l’assicuratore infortuni che si è assunto i postumi dell’incidente automobilistico occorso all’assicurata il 27 aprile 2007, sia altri medici che hanno avuto in cura l’insorgente. Nel 2013 la ricorrente è stata sottoposta a una prima perizia medica esterna, che ha riguardato gli aspetti reumatologici (doc. 60) e neurologici (doc. 62). Gli specialisti nominati dall’Ufficio AI, consultatisi fra di loro, hanno concluso entrambi per una capacità lavorativa completa come strumentista di sala operatoria e come aiuto medico, ma dal lato neurologico è stata ritenuta possibile una riduzione del rendimento del 10-20% a causa della terapia farmacologica assunta dall’assicurata, che avrebbe potuto avere effetti cognitivi negativi (docc. 72 e 73). Alla luce di queste considerazioni, con progetto di decisione del

E. 19

febbraio 2014 (doc. 78) l’amministrazione ha proposto di sopprimere la rendita intera riconosciuta all’assicurata dal 2009. Per non tralasciare la situazione psichica e per definire eventuali strategie terapeutiche esigibili (doc. 83), nel mese di maggio 2014 (doc. 87) l’assicurata è stata visitata dal profilo psichico dal Centro peritale per le assicurazioni sociali, referto che è stato messo a confronto con gli esiti della perizia neurologica (doc. 91). I divergenti pareri medici emersi hanno portato il medico SMR a disporre il 7 novembre 2014 (doc. 95) una nuova perizia pluridisciplinare, che è stata effettuata dal Servizio

Accertamento Medico nel corso dei mesi di novembre e dicembre 2015. Nella perizia pluridisciplinare resa il 26 gennaio 2016 (doc. 109) 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 effettuati di laboratorio, radiologici, neurologici e oftalmologici. Nel suo parere del 23 novembre 2014 (doc. 109 pag. 33) la dr.ssa med. _____, specialista FMH oftalmologia, ha descritto lo stato clinico oftalmologico e ha esposto le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di: distacco posteriore del corpo vitreo OS; lieve opacità del corpo vitreo OD; lieve miopia ed astigmatismo miopico OD; astigmatismo miopico OD; ptosis congenita OD. Rispondendo alle domande poste dal Servizio Accertamento Medico, la consulente ha affermato che la capacità lavorativa come segretaria amministrativa presso uno studio medico è del 100% e che non esiste una riduzione della capacità lavorativa prolungata. Inoltre, dallo stato oculare attuale l'assicurata poteva svolgere altre attività, non essendovi limiti. Anche l'attività di casalinga poteva essere esercitata al 100%. In merito all'abbassamento della palpebra (ptosi) presente già nell'infanzia, la specialista ha ritenuto che un intervento (ptosis) al momento non era indicato. Il 24 novembre 2014 il dr. med. _____, specialista FMH neurologia, ha visitato l'assicurata in qualità di perito e l'indomani (doc. 109 pag. 31) ha rilasciato il suo parere in cui ha riassunto i precedenti atti medici messi a sua disposizione, ha descritto i disturbi lamentati dall'interessata (dolori cervicali, alla spalla destra, alla mano destra), lo stato neurologico, l'ENG effettuato, la sua valutazione e da ultimo le diagnosi (sindrome cervico-cefalica di origine miofasciale e sindrome del tunnel carpale d'entità media a destra). Nell'esposizione dettagliata dello stato clinico neurologico l'esperto ha riscontrato unicamente una lieve ptosi all'occhio destro, senza indizi di patologie a carico del sistema nervoso centrale e/o periferico. Nella sua valutazione finale il consulente ha ribadito l'evidenziata normalità a livello clinico neurologico, ha confermato quanto riscontrato dalla dr.ssa med. _____ in occasione della sua perizia del 2013, ossia la presenza di una cefalea nell'ambito di una verosimile sindrome cervico-cefalica. L'esperto ha inoltre osservato l'attuale assenza di cervico-brachialgia a destra precedentemente segnalata, mentre ha fatto notare che attualmente l'assicurata lamentava parestesie formicolanti principalmente notturne nelle prime tre dita della mano destra, corrispondente a una sindrome del tunnel carpale destra di media entità. Per il neurologo, le cefalee lamentate erano strettamente collegate ai dolori cervicali nell'ambito di una sindrome cervico-cefalica; ha tuttavia precisato di concordare con la collega dr.ssa med. _____ ritenendo una riduzione del rendimento lavorativo nella misura del 20% circa a causa di queste cefalee e ciò per qualsiasi attività professionale, incluse le mansioni casalinghe. Questo a partire da 12 mesi dopo l'intervento chirurgico di discectomia cervicale del 2011. Dalla sindrome del tunnel carpale destra non derivava invece una incapacità lavorativa nel suo attuale lavoro di assistente di studio medico o in altri mestieri, se non per 3-4 settimane dopo il proposto intervento di decompressione del tunnel carpale. Sul piano prognostico lo specialista ha precisato che i disturbi cervico-cefalici apparivano stabili, mentre per la sindrome del tunnel carpale la prognosi era molto favorevole con un intervento di decompressione del nervo mediano. Sempre il 24 novembre 2015 l'assicurata è stata visitata anche dal dr. med. _____, specialista FMH reumatologia e riabilitazione, che nel suo referto del 30 novembre 2015 (doc. 109 pag. 32) ha esposto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale, professionale, attuale, l'affezione attuale (disturbi alla colonna cervicale, cefalee a carattere

emicranico, dolori al braccio destro quasi invalidanti con bloccaggio anche della mano), la terapia medicamentosa assunta, i dati oggettivi come lo status reumatologico, gli esami radiologici. Il consulente non ha diagnosticato delle patologie con influsso sulla capacità lavorativa, mentre per quelle senza ripercussione ha identificato una sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-brachiale a destra e stato dopo intervento di micro-discectomia ventrale C5/C6, nonché impianto di protesi discale il 2 novembre 2011; stato dopo trauma distorsivo della colonna cervicale per tamponamento avvenuto il 24 aprile 2007. Nella discussione l'esperto ha osservato che l'assicurata ha interrotto l'attività professionale di strumentista di sala operatoria e di aiuto medico nel corso del 2008, che l'esame clinico della colonna cervicale era determinato dal fatto che l'assicurata bloccava il movimento per paura di risentire dei dolori, che v'erano unicamente disturbi di mobilità della colonna cervicale che erano prevalentemente determinati dalla sintomatologia dolorosa e da un atteggiamento difensivo. Il consulente ha segnalato che le indagini radiologiche messe a disposizione mostravano reperti particolarmente blandi e ciò anche prima dell'intervento chirurgico alla colonna cervicale, dove le indagini radiologiche non mostravano alterazioni significative nemmeno al segmento C5/C6. Sul piano valetudinario egli ha affermato che, tenendo in considerazione l'evoluzione dei problemi muscolo-scheletrici, non vi fossero sostanziali modifiche soggettive e oggettive rispetto alla precedente valutazione del reumatologo dr. med. _____ del 2013, con il quale egli concordava pienamente. Pertanto, il perito ha giudicato l'assicurata abile al lavoro nell'attività professionale da ultimo svolta in forma completa, sull'arco di un'intera giornata, con un rendimento del 100%. Ha precisato che la capacità lavorativa in qualità di aiuto medico, ritenuta dal lato ergonomico più favorevole rispetto a quella di strumentista di sala operatoria, andava pure considerata in misura completa e quindi da favorire nella scelta. In qualità di casalinga l'assicurata, a partire da 12 mesi dopo l'intervento chirurgico alla colonna cervicale, era nuovamente abile al lavoro nella forma completa. Infine, il 26 novembre e il 10 dicembre 2015 (doc. 109 pag. 29) la ricorrente è stata valutata dalla dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, per la durata di 60 e di 30 minuti. Il 21 gennaio 2016 la psichiatra ha riassunto i precedenti referti medici in cui sono stati invocati gli aspetti psicologici e mentali, ha descritto l'esame clinico secondo il sistema AMDP 8 e le risorse e i deficit secondo lo schema MINI ICF-APP, e ha concluso che dal lato prettamente psichiatrico per la professione precedente di strumentista, tecnico di sala operatoria, assistente presso uno studio medico – occupazione attuale -, avrebbe potuto avere qualche difficoltà per i deficit di concentrazione e dell'attenzione, mentre per qualsiasi altra attività non ha trovato nessuna limitazione o disabilità. La specialista ha esposto lo stato psicopatologico, la descrizione della giornata e le sue constatazioni, seguite dalle sue conclusioni in cui, dopo avere preso atto dei consulti degli altri periti intervenuti, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di disturbo dell'adattamento, non specificato, persistente (ICD-10; F43.20). Rispondendo alle domande del SAM, la psichiatra ha giudicato l'assicurata capace al lavoro nella misura dell'80% precisando che si trattava di un tempo lavorativo ridotto con rendimento pieno, limitazione da considerarsi a decorrere dal trauma del 2007. Questa limitazione era legata alla patologia fisica, venuta meno l'efficienza somatica si era ridotta la tenuta psichica con riduzione dell'attenzione, della concentrazione e della memorizzazione con ripercussione sullo stato dell'umore. La prognosi a medio-lungo termine, come per tutti i disturbi dell'adattamento, era legata all'evoluzione della causa scatenante che in specie riguardava le sue condizioni fisiche. Sul piano terapeutico, secondo l'esperta l'assicurata poteva avere un grande giovamento e in

tempi brevi (in 6-12 mesi) se si fosse sottoposta a una psicoterapia del tipo EMDR. Dal punto di vista psichiatrico-teorico l'interessata poteva svolgere anche altre attività nella misura dell'80%, in lavori che fossero sufficientemente flessibili e tolleranti circa le sue condizioni fisiche. Come casalinga è stata ritenuta capace al 100%, potendo determinare i tempi e i modi. In merito alla valutazione del 2014 effettuata dal dr. _____ in cui l'assicurata è stata ritenuta incapace al lavoro al 25%, a suo dire da allora essa era riuscita ad attivare le sue risorse interne in modo autonomo, senza farmaci e senza sostegno psicologico, perciò ha ritenuto leggermente superiore la capacità lavorativa attuale (80%). Infine, riguardo alle possibilità reintegrative la psichiatra ha affermato che l'attuale componente psichica non incideva sul potenziale di integrazione professionale, trattandosi piuttosto di una componente somatica. In conclusione, di concerto i periti hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di disturbo dell'adattamento, non specificato, persistente (ICD-10; F43.20) e di sindrome cervico-cefalica di origine miofasciale. Quali diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa sono stati individuati il distacco posteriore del corpo vitreo all'occhio sinistro con astigmatismo miopico; lieve miopia ed astigmatismo miopico all'occhio destro con lieve opacità del corpo vitreo e ptosis congenita; sindrome del tunnel carpale di entità media a destra; sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-brachiale a destra in stato dopo intervento di microdiscectomia ventrale C5-C6, impianto di protesi discale il 2 novembre 2011, stato dopo trauma distorsivo della colonna cervicale per tamponamento in data 24 aprile 2007; modico sovrappeso (BMI 26,2%). Le conclusioni peritali sono state tratte dopo un'esauriente discussione avvenuta mediante teleconferenza il 21 gennaio 2016 alle ore 11.45 tra i medici periti del SAM, la dr.ssa med. _____ e il dr. med. _____. Nella valutazione medico-teorica globale gli specialisti hanno concluso che per le attività lucrative finora svolte in qualità di aiuto medico, strumentista, tecnica di sala, segretaria amministrativa presso uno studio medico, l'attuale grado di capacità lavorativa era valutabile nel 70% (riduzione del rendimento e del tempo di lavoro). Nel precisare a quali deficit funzionali era dovuta l'incapacità lavorativa, i consulenti hanno affermato che sul piano psichiatrico l'interessata presentava una riduzione della tenuta psichica per difficoltà di attenzione, concentrazione e di memorizzazione con ripercussione sullo stato dell'umore e della continuità prestativa sul lavoro, necessitando una parziale riduzione o pause di recupero maggiori. Dal profilo neurologico la persistenza dei dolori e la terapia farmacologica abbinata comportavano una riduzione del rendimento lavorativo sull'arco di un normale orario giornaliero. In ambito reumatologico e oftalmologico non v'erano sostanziali e/o prolungate limitazioni valetudinarie. Nell'ambito della valutazione globale della capacità di lavoro, in considerazione delle limitazioni, seppur modeste, comprendenti sia il tempo di lavoro effettivo sia il rendimento sul lavoro, i periti hanno ritenuto opportuno cumulare parzialmente le limitazioni in ambito psichiatrico e neurologico. Sia nell'attività abituale sia in un'attività adeguata gli specialisti hanno stabilito nella misura del 70% il grado di capacità lavorativa a decorrere da 12 mesi dopo l'intervento neurochirurgico, ossia da novembre 2012. Da allora lo stato di salute e lo stato valetudinario dell'assicurata non hanno presentato sostanziali e/o duraturi cambiamenti. Inoltre, nella quantificazione della capacità lavorativa erano già state conteggiate le pause supplementari raccomandate dai periti. Per quanto concerne in particolare la capacità di lavoro in un'attività adeguata, i consulenti hanno specificato che una tale attività doveva essere sufficientemente flessibile e tollerante circa le condizioni fisiche dell'assicurata, permettere pause lavorative maggiormente frequenti tali da favorirne il recupero. Essendo l'attività lucrativa in qualità

di aiuto medico maggiormente favorevole dal lato ergonomico rispetto a quella di strumentista di sala operatoria, la stessa andava favorita. In ambito domestico la capacità lavorativa era dell'80%. Quanto all'eventuale adozione di provvedimenti professionali, i periti hanno ritenuto opportuno e utile un graduale reinserimento professionale, idealmente nella funzione di aiuto medico. Lo stato funzionale e valetudinario dell'assicurata era infatti stato ritenuto migliorato con presenza di un potenziale di integrazione professionale possibilmente migliorabile. Dal profilo psichico è stata indicata una terapia secondo il metodo EMDR che avrebbe potuto portare al ripristino della capacità lavorativa sul piano psichiatrico al 100% in 6-12 mesi; sul piano neurologico un approccio chirurgico invasivo di decompressione del nervo mediano a livello del tunnel carpale. Il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, nel suo rapporto finale SMR del 5 febbraio 2016 (doc. 110) ha ripreso le diagnosi e i gradi di incapacità lavorativa posti dai periti del SAM (incapacità lavorativa del 100% dal 20 novembre 2008 al 31 ottobre 2012 e del 30% dal 1° novembre 2012, in entrambi i casi in qualsiasi attività e intesa come riduzione della presenza e del rendimento. Come casalinga inabilità lavorativa del 20% dal 1° novembre 2012. La necessità di pause supplementari era inclusa in queste percentuali). Il medico SMR, riprendendo le conclusioni dei consulenti, ha evidenziato che gli stessi hanno identificato una riduzione della capacità lavorativa sia in termini di presenza sia in termini di rendimento, non hanno però specificato in quale misura si prendevano in considerazione le due componenti, dato che dipendeva dal genere di impiego. Pause regolari e frequenti erano più facilmente realizzabili nell'attività di assistente di studio medico piuttosto che nell'attività di strumentista di sala operatoria, motivo per cui tale attività andava favorita tra le attività apprese. L'intervento al tunnel carpale era indicata. 2.8. 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

E. 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei 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). 2.9. 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 come quella neurologica e pure oftalmologica sono state chiarite in modo soddisfacente non solo dai quattro periti che hanno esaminato l'assicurata nel 2015, ma anche dai medici SMR che sono intervenuti in seguito. Va in particolare rilevato che, da parte sua, l'assicurata non ha saputo comprovare, a mano di documentazione medica specialistica, che il suo stato di salute fosse peggiore rispetto a quello accertato dal Servizio Accertamento Medico. La ricorrente non ha infatti prodotto alcun referto medico attestante le sue condizioni di salute. Per contraddire l'operato dell'Ufficio AI, essa ha semplicemente analizzato le conclusioni dei consulenti che l'hanno valutata nel novembre 2015, rilevando però, a suo dire, delle incongruenze nelle loro affermazioni rispettivamente una valutazione non completa, non avendo determinato l'incapacità lavorativa come strumentista e in altre attività adeguate. La tesi della ricorrente non può però essere confermata. Infatti, alla luce dei referti specialistici sopraesposti, risulta che tutti i consulenti che sono intervenuti su mandato dell'Ufficio AI hanno compiutamente valutato lo stato di salute dell'assicurata sia sulla base dei numerosi referti medici agli atti, sia sulla base di un'accurata valutazione personale che ha avuto luogo a fine 2015. In quell'occasione i periti hanno esposto l'anamnesi, gli esami clinici effettuati, le terapie assunte, i disturbi soggettivi e alla luce di ciò ognuno ha posto la propria diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa, traendo le conseguenze sulla capacità di lavoro nell'attività da ultimo esercitata di tecnica di sala operatoria e sulla capacità di integrazione in altre attività adatte al suo stato di salute. Secondo gli esperti, nel complesso l'assicurata è in grado di svolgere al 70% le attività precedentemente apprese ed esercitate, quali l'aiuto medico, la strumentista, la tecnica di sala operatoria e la segretaria amministrativa presso uno studio medico. In ragione sempre del 70% la ricorrente è altresì abile in altre attività adeguate, che siano sufficientemente flessibili e tolleranti con le sue condizioni fisiche e quindi che le permettano di effettuare pause lavorative più frequenti per favorirne il recupero. Malgrado queste delucidazioni, la ricorrente ritiene che i periti non abbiano invece definito la sua capacità lavorativa nell'attività di strumentista e nemmeno in attività adatte. D'avviso del TCA, le conclusioni tratte dagli specialisti non sono contraddittorie. Non va infatti dimenticato di rilevare che essi hanno chiaramente specificato che l'abilità lavorativa del 70% in qualsiasi attività è frutto di una riduzione sia del rendimento sia del tempo di lavoro. Ciò significa che se l'assicurata lavora tutto il giorno, la sua resa non è piena, ma ridotta e ciò proprio in virtù del fatto che i suoi problemi fisici e di concentrazione, attenzione e di memorizzazione, con conseguenze sul suo umore e sulla continuità prestativa del lavoro, sono già stati considerati nella determinazione del grado di capacità lavorativa. Nel caso concreto i periti non hanno ritenuto necessario distinguere fra la riduzione delle ore di presenza sul posto di lavoro e la riduzione del rendimento del lavoro svolto dalla ricorrente, ma hanno valutato globalmente la sua capacità tanto nelle attività precedentemente esercitate quanto in altre adeguate. Essi hanno quindi adempiuto al loro compito, valutando nel dettaglio lo stato di salute dell'interessata e pronunciandosi sulla sua capacità lavorativa e di integrazione. I referti resi sono completi, dettagliati e chiari. Il fatto che gli stessi esperti propendano per l'esercizio della attività di aiuto medico piuttosto che per quella di strumentista di sala operatoria significa soltanto che la prima attività si adatta meglio, dal lato ergonomico e psichico, alle condizioni della ricorrente. Ma ciò non vuol assolutamente dire che l'assicurata non possa più esercitare come tecnica di sala operatoria o di strumentista, visto che anche per questa attività, occorre ribadirlo, i consulenti dell'amministrazione l'hanno valutata abile al 70%. Semplicemente, per gli specialisti è più pratico per la ricorrente stessa che torni ad esercitare l'attività

appresa prima di ottenere il diploma di tecnica di sala operatoria. D'altronde, non va dimenticato di rilevare che se l'interessata si sottoponesse a una terapia EMDR con protocollo GRANT sul dolore cronico come suggerito dalla dr.ssa _____, la sua capacità lavorativa psichiatrica potrebbe essere ripristinata al 100% nell'arco di 6-12 mesi viste le grandi risorse interne dell'assicurata. Dal profilo fisico era invece indicato un intervento di decompressione del nervo mediano a livello del tunnel del carpo destro. Le opinioni del patrocinatore della ricorrente (doc. I pag. 3: " Qual è il grado di incapacità lavorativa della ricorrente nella sua professione di strumentista? Secondo il sottoscritto, probabilmente del 100% poiché la professione, per definizione, non autorizza pause "), non essendo supportate da validi referti medici, non possono essere prese in considerazione. Infatti, come detto, documentazione medica contraria agli atti non ve n'è, così pure l'assicurata non ha prodotto nulla in tal senso nemmeno con il ricorso né con i nuovi mezzi di prova. 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, affermando che la perizia SAM non ha chiarito il suo grado di (in)capacità lavorativa sia come strumentista sia in attività adatta, 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 oggettivamente e clinicamente le sue lamentele. 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. La situazione medica è dunque stata chiarita da specialisti del ramo, perciò non v'è alcun motivo di rinviare gli atti all'Ufficio AI per accertare di nuovo lo stato di salute della ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di integrazione. 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'amministrazione nella determinazione dell'incapacità lavorativa della ricorrente. 2.10. Stante quindi la validità assunta dall'ultima valutazione medica del 5 febbraio 2016 del dr. med. _____

dell'SMR, il quale si è fondato sull'opinione dei quattro 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, rimane incontestato che dal 20 novembre 2008 al 31 ottobre 2012 la ricorrente è stata inabile al 100% di un tempo pieno non solo nella sua ultima attività di tecnica di sala operatoria, ma anche in altre attività adeguate e come casalinga e per questo motivo le è stata attribuita una rendita intera di invalidità. Per contro, per il periodo oggetto del ricorso, il TCA conferma dunque che dal 1° novembre 2012 l'inabilità lavorativa deve essere stabilita nel 30% tanto nella sua ultima attività quanto in attività adeguate, grado da intendere come riduzione sia della presenza sia del rendimento. Per le mansioni consuete, dal 1° novembre 2012 l'inabilità lavorativa era invece del 20%, intesa come riduzione del rendimento.

2.11. L'insorgente ha contestato la determinazione del grado di invalidità mediante il confronto percentuale dei redditi effettuato dall'amministrazione, sostenendo che essa avrebbe invece dovuto procedere con il metodo ordinario del raffronto dei redditi. Per giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; cosiddetto raffronto dei redditi percentuale). Il Tribunale federale, nella sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata nella sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Da ultimo, questo principio è stato confermato dal Tribunale federale nelle sentenze 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 6 e 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013 consid. 5. In quelle occasioni l'Alta Corte aveva evidenziato: " Giova infatti ricordare che nel caso in cui - come quello di specie - continua a beneficiare di una capacità lavorativa residua nell'attività lucrativa che esercitava a tempo parziale prima del danno alla salute, la persona assicurata non subisce una incapacità di guadagno nella misura in cui la sua capacità lavorativa residua è superiore o uguale al tasso di attività che eserciterebbe senza detto danno (DTF 137 V 334 consid. 4.1 in fine pag. 340 con riferimento). Orbene, in concreto è stabilito che l'assicurata è in grado di riprendere - seppure con una capacità lavorativa limitata - un impiego nel suo precedente ambito di attività. In tal modo è effettivamente possibile procedere a un confronto percentuale per valutare la perdita di guadagno e, di conseguenza, l'invalidità nella parte dedicata all'esercizio di un'attività lucrativa (cfr. DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti)". In concreto, ritenuto che nella perizia pluridisciplinare del 26 gennaio 2016 del SAM - perizia alla quale, conformemente alla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e per quanto visto sopra, va riconosciuta piena forza probatoria - i periti hanno concluso per una capacità lavorativa del 70% nell'attività abituale e in altre adeguate, questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dall'applicazione del confronto percentuale dei redditi per il calcolo del grado d'invalidità.

2.12. Quand'anche si applicasse il metodo ordinario del raffronto dei redditi così come preteso dalla ricorrente, il risultato ottenuto confermerebbe comunque la soppressione della rendita. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire

quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia, gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Riguardo al reddito da valida, ossia il reddito che l'assicurata avrebbe potuto conseguire al 100% prima che sorgesse il danno alla salute, l'Ufficio AI l'ha fissato per l'anno 2014 in Fr. 65'020.- sulla base del reddito conseguito da ultimo nel 2008 (Fr. 4'700.- x 13 mensilità) (doc. 6) aggiornato in funzione del rincaro fino al 2014 (doc. IV/1). A questo proposito, il TCA rileva che dopo la rettifica del contratto di lavoro in cui l'assicurata è stata inquadrata come tecnico di sala operatoria (classe 11) in luogo e vece dell'iniziale inserimento come infermiera strumentista (classe 14), da maggio 2008 lo stipendio riconosciutole era di Fr. 4'700,40 al mese (doc. 16 degli atti LAINF pag. 545). Espressamente interpellato in tal senso, l'ex datore di lavoro ha precisato il 25 ottobre 2013 (doc. 68) che se l'assicurata fosse stata ancora alle dipendenze della _____ avrebbe percepito nel 2010 un salario di Fr. 4'993,35 x 13 mensilità (classe 11/3), nel 2011 di Fr. 5'137,55 x 13 mensilità (classe 11/4) e nel 2012 di Fr. 5'266,80 x 13 mensilità (classe 11/5). In caso di miglioramento dello stato di salute, come in specie, il raffronto dei redditi determinanti per valutare un'eventuale riduzione o soppressione della rendita va effettuato - quanto meno nell'ipotesi qui realizzatasi dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI - al momento della decisione di revisione (STF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.2). Infatti, in virtù dell'art. 17 cpv. 1 LPGA che pone il principio della revisione e dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI sugli effetti temporali della revisione, per verificare l'esistenza di una modifica di rilievo occorre confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita rispettivamente dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, con quella vigente all'epoca del

provvedimento litigioso (STF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.1). Dovendo quindi porsi nel 2016, quell'anno l'assicurata avrebbe conseguito uno stipendio mensile di Fr. 5'783,70 (classe 11/9), corrispondente a un reddito annuo di Fr. 75'188,05 (reddito calcolato ipotizzando che la ricorrente avrebbe beneficiato ogni anno di uno scatto di aumento come negli anni precedenti, cfr. Classificazioni e stipendi dal 1° gennaio 2017 per gli _____, dati immutati dal 2011:) 2.13. Per quanto concerne il reddito da invalida, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (" Soziallohn "). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, da alcuni anni questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però 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). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...) ". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non

intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.14. Dal 1° maggio 2014 l'assicurata è attiva come segretaria amministrativa presso uno studio medico in ragione del 30%, perciò poiché è determinante la sua situazione professionale concreta, quale reddito da invalida va di conseguenza ritenuto il reddito effettivamente conseguito in quella attività. Dagli atti prodotti dall'Ufficio AI pendente causa risulta che nel 2014 l'assicurata ha ricevuto uno stipendio totale di Fr. 10'248.- (da maggio a dicembre) e nel 2015 di Fr. 22'581.- (doc. IV/2). Riportando quest'ultimo dato sulla sua capacità residua esigibile del 70%, si ha nel 2015 un reddito ipotetico di Fr. 52'689.- (Fr. 22'581.- : 30 x 70). Dovendo però porsi al momento della decisione di revisione, occorre adattare all'evoluzione dei salari nominali questo dato (DTF 128 V 174; DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA 36.2005.55 del 13 febbraio 2006) . Per l'indicizzazione dei salari si deve tenere conto dei (soli) dati trimestrali attualmente a disposizione (terza stima in base ai dati dei primi tre trimestri), da cui risulta che l'evoluzione dei salari nominali fra il 2015 e il 2016 corrisponde allo 0,6% e quindi si ha un reddito ipotetico da invalida come segretaria amministrativa in uno studio medico di Fr. 53'005,13 (Fr. 52'689.- + [Fr. 52'689.- x 0,6 : 100]), per un salario nel 2016 di Fr. 59'237,16 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/evoluzione-salari/stima-trimestrale.html>) . 2.15. Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 75'188,05 corrispondente al reddito (ipotetico) da valida che l'assicurata avrebbe potuto conseguire nell'anno 2016 per l'attività di tecnica di sala operatoria al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque un'incapacità al guadagno del 29,50% ([Fr. 75'188,05 - Fr. 53'005,13] : Fr. 75'188,05 x 100), che va arrotondata al 30% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. Questa incapacità al guadagno (ossia il danno residuo o grado di invalidità), determinata confrontando il reddito che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2016 se non fosse intervenuta la malattia con il reddito che avrebbe percepito nel 2016 continuando a svolgere al 70%, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno ex art. 21 cpv. 4 LPG, l'attività di segretaria amministrativa presso uno studio medico, è inferiore al grado minimo pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). Pertanto, dal 1° novembre 2012, momento in cui è intervenuto il miglioramento delle sue condizioni di salute, è a buon diritto che, anche applicando il metodo di raffronto dei redditi preteso dalla ricorrente, l'Ufficio AI le ha soppresso la rendita intera versata dal 2009. Questo Tribunale non può quindi che confermare la soppressione della rendita d'invalidità e respingere il ricorso. Infine 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; STFA 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).

2.16. 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.