

TI_GERICHTE 32.2017.212 vom 3. November 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-11-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.212

FR: TI_GERICHTE 32.2017.212 du 3 novembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.212 del 3 novembre 2017

Erwägungen

E. 46

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve

tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in 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). 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. 88 a 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. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. Nel caso concreto, nell'ambito dell'ultima revisione della rendita, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia pluridisciplinare eseguita del SAM. Dal referto datato 23 marzo 2017 (doc. 239 incarto AI) risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. med. _____), reumatologica (dr. med. _____) e neurologica (dr. med. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome lombospondilogenica cronica con: - stato dopo stabilizzazione L4-L5 e L5-S1, 30.1.2008, - stato dopo nuova decompressione e stabilizzazione L4-L5 e L5-S1, 16.2.2011, - stato dopo nuovo intervento di revisione della

spondilodesi con sostituzione del materiale e trapianto di spongiosa, 28.3.2013. Lieve sindrome cervicospondilogenica cronica con: - discopatia C5-C6 e C6-C7. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2). 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Cefalee cervicogene. Ipoteroidismo sostituito in esiti di tiroidite autoimmune. Gastrite cronica. Stato dopo colecistectomia, 2015.” (pag. 894 incarto AI) Dopo aver proceduto ad un’esaustiva valutazione particolare e globale, in sede di discussione peritale (punto no. 6 della perizia) i periti hanno ritenuto invalidanti unicamente le affezioni psichiatriche (10% d’inabilità in tutte le attività) e reumatologiche (20% d’inabilità, da intendersi come riduzione di rendimento in un pensum lavorativo a tempo pieno in attività adeguate). Non ritenendo cumulabili le singole incapacità lavorative ma integrate, essi hanno valutato: " (...) Complessivamente, tenuto conto di tutte le patologie riscontrate, consideriamo l’A. abile al lavoro nella misura definita in occasione della precedente perizia SAM dell’8.2.2012 sino all’intervento operatorio del 28.3.2013. Nei tre mesi successivi, l’A. è stata inabile al lavoro in modo completo per ogni professione. Da luglio 2013 la capacità lavorativa dell’A. corrisponde a quella attuale: 0% per le professioni da ultimo esercitate di cameriera, ausiliaria di ristorazione e cassiera; 80% in un attività adatta, conforme ai limiti funzionali e di carico descritti in precedenza. La capacità lavorativa dell’A. non può essere migliorata con ulteriori misure terapeutiche. Provvedimenti d’integrazione possono essere adottati da subito. Per l’attività di casalinga, consideriamo l’A. normalmente abile al lavoro. (...)” (pag. 897 incarto AI) Riprese le conclusioni della perizia SAM, con rapporto 30 marzo 2017 il SMR ha riscontrato un miglioramento dello stato di salute dell’assicurata, rammentando che “nella revisione del 8.2015 non si era proceduto a valutazioni obbiettive specialistiche ma solo valutazione degli atti a disposizione ” e che “ in questa odierna revisione si è proceduto invece a neutrale rivalutazione plurispecialistica considerando assenza di intercorsi ulteriori invasivi ortopedici” (doc. 290 inc. AI). Di conseguenza, dopo raffronto dei redditi, con la decisione impugnata l’Ufficio AI, determinato un grado d’invalidità del 29%, ha confermato la soppressione della rendita. L’assicurata, contestando un miglioramento rispetto al 2015, sostiene invece che le condizioni di salute sono rimaste invariate se non addirittura peggiorate. 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l’invalidità, all’amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352

consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale 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 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. Nell'evenienza concreta, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici di cui al considerando precedente, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato, sino al momento della resa della decisione contestata – per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) – le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce una totale inabilità lavorativa nella sua abituale professione ma un'abilità del 80% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali con decorrenza dal luglio 2013. Né del resto la ricorrente ha validamente messo in dubbio la validità dell'accertamento pluridisciplinare. Premesso quanto sopra, va rilevato che al fine di accertare se vi sia stato un motivo di revisione, corrispondente nel caso in esame ad un miglioramento della situazione valetudinaria, occorre paragonare i fatti esistenti al momento della decisione del 5 giugno 2013, tenuto conto della comunicazione del 12 agosto 2015 di conferma della rendita, con la decisione contestata. Nella decisione del 2013, vista la nuova documentazione medica prodotta, il SMR aveva accertato un peggioramento successivo alla perizia del SAM del febbraio 2012, riconoscendo un'incapacità lavorativa totale dal luglio 2012 (cfr. annotazioni 2 gennaio 2013, doc. 230 inc. AI). Nella successiva revisione del 2015 sempre il SMR, tenuto in particolare conto di un certificato del medico curante, con annotazioni del 10 agosto 2015 il SMR, accertata una “situazione locomotoria compromessa ed instabile pur ciononostante in lento miglioramento”, aveva confermato una piena inabilità al lavoro: “ (...) Considerando la complessa situazione del rachide adesso si giustifica ancora una piena inabilità lavorativa per ogni attività (come certificato dal medico curante dr. _____). Non escludendo un minimo miglioramento nei prossimi mesi si giustifica dal punto di vista puramente medico prevedere revisione a inizio 2016.” (pag. 797 incarto AI) Come visto, la recente perizia pluridisciplinare ha permesso di ravvisare chiaramente un miglioramento delle condizioni di salute, non più giustificante una totale inabilità lavorativa conferente il diritto alla rendita intera. Del resto, pertinentemente nel succitato (cfr. consid. 2.4) rapporto finale 30 marzo 2017 di adesione e conferma alla perizia SAM il dr. med. Andreoli del SMR ha rilevato: “ (...) Si rammenta che nella revisione del 8.2015 non si era proceduto a valutazioni obbiettive specialistiche ma solo valutazione degli atti a disposizione. In questa odierna revisione si è proceduto invece a neutrale rivalutazione plurispecialistica considerando assenza di intercorsi ulteriori invasivi ortopedici.” (pag. 941 incarto AI) Il ricorrente evidenzia che tra le due perizie SAM la situazione dal punto di vista della salute è pressoché rimasta invariata. In effetti, riguardo alla componente extra somatica, nel rapporto 17 febbraio 2017 il dr. med. _____ in merito all'evoluzione ha evidenziato che “ lo stato psichico dell'assicurata è rimasto sostanzialmente invariato ...” (risposta no. 11 pag. 922 inc. AI). Anche in ambito neurologico il dr. med. _____ ha ritenuto che “rispetto alle precedenti valutazioni e in particolare dal 2012 ad oggi non vi sono state modifiche della situazione oggettiva dal punto di vista neurologico” (risposta no.

11 pag. 936 inc. AI). Un leggero miglioramento è stato invece riscontrato dal perito reumatologo: " Globalmente la situazione può essere ritenuta leggermente peggiorata rispetto alle prime valutazioni peritali dopo un terzo intervento chirurgico e soprattutto dopo che in questo ambito era stata verificata la rottura del materiale di osteosintesi e la non fusione dei segmenti operati in precedenza. Anche se dopo il terzo intervento chirurgico la situazione è migliorata rispetto a prima dell'intervento, questi dati (i 3 interventi e il fatto che si siano chiarite le ragioni dei dolori) rappresentano globalmente una situazione peggiore rispetto a quella descritta nelle precedenti perizie sulla base della quale sono state tratte le relative conclusioni peritali. Come detto dopo il terzo intervento la situazione è comunque un po' migliorata rispetto a prima dell'intervento. Attualmente siamo in una situazione di stabilità da un punto di vista soggettivo e oggettivo. (...)" (pag. 930 incarto AI) In questo senso va letto anche il rapporto 16 ottobre 2017 del dr. med. _____, allegato al ricorso e già esaminato in sede amministrativa, in cui conclude che la situazione clinica è rimasta stabile dal 2013 (doc. D). Tuttavia, come detto, decisivo è che alla luce di quanto riportato sopra non vi sono più le condizioni per riconoscere una piena inabilità lavorativa su cui la decisione 5 giugno 2013 e la comunicazione del 12 agosto 2015 si sono fondate. Trattandosi dunque di un miglioramento, risultato rilevante, rettamente l'Ufficio AI ha proceduto alla revisione della rendita intera. 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'inabilità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata ed è rimasto incontestato. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, 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, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'inabilità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valida, in fr. 55'127.--, corrispondente al salario statistico relativo al settore del commercio al dettaglio conoscenze professionali, dato aggiornato al 2015 (cfr. decisione contestata). Tale dato è rimasto incontestato. Del resto questo è lo stesso calcolo fatto dall'amministrazione in occasione della decisione del 5 giugno 2013 (cfr. pagg. 706 -709). 2.7.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a

condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Ritornando al caso in esame, per la determinazione del reddito ipotetico l'Ufficio AI ha preso in considerazione un importo di fr. 54'191,12 risultante dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, attività semplici e ripetitive, valore mediano, valido nel 2014, riportato su 41.7 ore settimanali,

ridotto del 20% per tenere conto dell'esigibilità lavorativa all'80%, e decurtato di un ulteriore 10% per attività leggere, giungendo così ad un reddito da invalida di fr. 39'017,60 (cfr. rapporto 3 aprile 2017 del consulente in integrazione professionale in pag. 942 incarto AI). L'amministrazione ha applicato una riduzione del 10% giustificata dalla necessità per l'assicurata di svolgere unicamente attività leggere, escludendo altre riduzioni (cfr. rapporto 3 aprile 2017 del consulente IP, pagg. 945/946). L'assicurata postula una riduzione del 15%. Questa Corte, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), non ha motivo per distanziarsi dalla percentuale calcolata dall'amministrazione non presentando l'assicurata altri fattori di riduzione. Raffrontando il reddito da valida di fr. 55'127.-- con quello da invalida di fr. 39'017,60 si ottiene un grado d'invalidità del 29 %. In via abbondanziale va fatto presente che anche volendo riconoscere per ipotesi di lavoro una riduzione del 15%, l'esito della vertenza non cambierebbe. Infatti, si otterrebbe un grado d'invalidità del 33% ($55'127 [\text{reddito da valida}] - \text{fr. } 36'850 [\text{reddito da invalida: } 80\% \text{ di } 54'191,12 - 15\%] \times 100 : 55'127$). Di conseguenza l'amministrazione ha rettamente ridotto la rendita da intera a mezza con effetto dal 1° gennaio 2018 (primo giorno del secondo mese successivo alla decisione contestata; art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). In conclusione, visto quanto sopra, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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 fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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