

TI_GERICHTE 32.2018.14 vom 15. November 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-11-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.14

FR: TI_GERICHTE 32.2018.14 du 15 novembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2018.14 del 15 novembre 2017

Erwägungen

E. 16

LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 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 pag. 84) . Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA. 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) 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 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi

se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: "(...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Nella DTF 141 V 281 il TF 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. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). 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 tale stato di salute 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; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che

presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.6. Nella fattispecie in esame l'Ufficio AI – vista la richiesta di perizia 10 giugno 2016 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 221/705-706) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del Servizio Accertamento Medico (SAM) (doc. AI 222/707-710, 225/715 e 227/718-719). Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 5 maggio 2017 (doc. AI 234/731-835), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). Elencati gli atti, descritte l'anamnesi (famigliare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica con le affezioni attuali e la descrizione della giornata) e le constatazioni obiettive, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente (nei giorni 28 e 30 novembre, nonché 5, 14 e 22 dicembre 2016) presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: "(...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Tenosinovialiti dei muscoli flessori delle dita delle mani bilaterali, in: - esiti da intervento chirurgico al tendine estensore del secondo dito della mano ds. nel 1999, - esiti da trauma con ferita, perdita di sostanza al dito medio della mano ds., il 21.1.2002, - esiti da decompressione del nervo mediano al carpo ds., sinovialectomia del flessore del terzo dito a ds. al palmo ed alla base del medio, il 24.11.2009, - esiti da sinoviectomia AMCF-1 e rifissazione intraossea del legamento collaterale ulnare I dito mano ds., il 19.2.2013, - esiti da tenosinoviectomia e apertura della puleggia A1 I dito mano ds., il 2.10.2014, - esiti da tenosinoviectomia dei flessori ed apertura della puleggia A1 IV dito mano sin. per tenovaginite stenotante, il 15.3.2016. Gonartrosi a sin. con/su: - tumefazione articolare, - grave deficit funzionale flessorio ed estensorio, - esiti da artroscopia del ginocchio sin. con microfratture a livello del condilo femorale mediale, sinovialectomia anteriore, shrinkage del legamento crociato anteriore per condropatia di III/IV grado del condilo femorale mediale associata a lesione da stiramento del legamento crociato anteriore, il 16.3.2015, - esiti da artroscopia del ginocchio sin. con microfratture e piccoli shrinkage per condropatia di IV grado del condilo femorale mediale, il 7.1.2016, - esiti da impianto di protesi monocompartimentale mediale al ginocchio sin., riduzione ed osteosintesi con placca per gonartrosi mediale e frattura intraoperatoria nell'emipiatto tibiale mediale al ginocchio sin., il 29.8.2016. Sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a ds., in: - nota discopatia L4-L5 con lieve bulging discale L4-L5 a sin., - disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale, scoliosi destro-convessa toracolombare), - decondizionamento e sbilancio muscolare.

Distimia 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Tendenza alla somatizzazione in personalità con tratti conversivi. Cefalee presumibilmente muscolotensive. Nota diatesi atopica con iper-reattività bronchiale di tipo intrinseco e diverse intolleranze alimentari. (...)" (doc. AI 234/753-754) Visti tutti gli atti medici raccolti – evidenziato che: "(...) Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM, tra il Dr. med. _____ e il Dr. med _____ in data 2.5.2017 alle ore 11:45, tramite teleconferenza. (...)" (doc. AI 134/754), dopo un'attenta discussione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) L'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A. nell'attività da ultimo esercitata di ausiliaria di pulizie è considerata nella misura dello 0%. (...)" (doc. AI 134/760) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...)

8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA

8.1 Capacità di lavoro

8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? Conseguenze sull'attuale capacità lavorativa derivano dalle patologie descritte in ambito reumatologico e psichiatrico, mentre invece, come descritto nei capitoli precedenti, dal punto di vista neurologico vi è una capacità lavorativa piena in qualunque attività. Dal punto di vista reumatologico sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta e dell'esame clinico il nostro consulente pone le diagnosi di tenosinovialiti dei muscoli flessori delle dita delle mani bilaterali, in esiti da intervento chirurgico al tendine estensore del secondo dito della mano ds. nel 1999, esiti da trauma con ferita, perdita di sostanza al dito medio della mano ds., il 21.1.2002, esiti da decompressione del nervo mediano al carpo ds., sinovialectomia del flessore del terzo dito a ds. al palmo ed alla base del medio, il 24.11.2009, esiti da sinoviectomia AMCF-1 e rifissazione intraossea del legamento collaterale ulnare I dito mano ds., il 19.2.2013, esiti da tenosinoviectomia e apertura della puleggia A1 I dito mano ds., il 2.10.2014, esiti da tenosinoviectomia dei flessori ed apertura della puleggia AI IV dito mano sin. per tenovaginite stenosante, il 15.3.2016, gonartrosi a sin. con/su tumefazione articolare, grave deficit funzionale flessorio ed estensorio, esiti da artroscopia del ginocchio sin. con microfratture a livello del condilo femorale mediale, sinovialectomia anteriore, shrinkage del legamento crociato anteriore per condropatia di III/IV grado del condilo femorale mediale associata a lesione da stiramento del legamento crociato anteriore, il 16.3.2015, esiti da artroscopia del ginocchio sin. con microfratture e piccoli shrinkage per condropatia di IV grado del condilo femorale mediale, il 7.1.2016, esiti da impianto di protesi monocompartimentale mediale al ginocchio sin., riduzione ed osteosintesi con placca per gonartrosi mediale e frattura intraoperatoria nell'emipiatto tibiale mediale al ginocchio sin., il 29.8.2016, sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a ds., in nota discopatia L4-L5 con lieve bulging discale L4-L5 a sin., disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della dorsale, scoliosi destro-convessa toracolombare), decondizionamento e sbilancio muscolare. Sulla base di queste patologie vi sono delle limitazioni per quanto riguarda il sollevamento e trasporto di pesi sino ai fianchi, il sollevamento di pesi sopra l'altezza del petto, il maneggiare attrezzi, l'effettuare lavori al disopra della testa, l'assunzione di determinate posizioni e la deambulazione. In qualità di ausiliaria di pulizie, il nostro consulente giudica l'A. abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, rispettivamente durante le ore previste per questa attività, ma con una diminuzione del rendimento del 40%, dal 7.8.2010 fino al 18.2.2013, di nuovo nella stessa percentuale, a partire dal 19.5.2013 fino all'1.10.2014, successivamente, sempre nella stessa percentuale a decorrere dal 2.1.2015 fino al

15.3.2015; sempre in qualità di ausiliaria di pulizie, a seguito dei limiti funzionali più restrittivi, validi a partire dal 16.3.2015, la giudica, inabile nella misura del 90%, da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore lavorative previste per questa attività, a partire dal 16.6.2015 fino al 6.1.2016, di nuovo, sempre nella stessa percentuale, dal 16.6.2016 al 28.8.2016 e sempre nella stessa percentuale a decorrere dal 29.11.2016. Va riconosciuta un'inabilità lavorativa totale, per qualsiasi tipo di lavoro, sempre a seguito degli interventi chirurgici subiti, dal 19.2.2013 al 18.5.2013, dal 2.10.2014 all'1.1.2015, dal 16.3.2015 al 15.6.2015, dal 7.1.2016 al 14.6.2016, dal 29.8.2016 al 28.11.2016. Vi è stato dunque un peggioramento rispetto alla precedente perizia SAM di ottobre 2012, ciò si ripercuote anche sui limiti funzionali e di carico più restrittivi a partire dal 16.3.2015 quando è stato effettuato il primo intervento chirurgico ortopedico al ginocchio sin. Dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente pone le diagnosi di una distimia e di una tendenza alla somatizzazione in personalità con tratti conversivi: avendo riscontrato elementi clinici del tutto sovrapponibili con quelli rilevati nella valutazione specialistica effettuata nell'ambito della precedente perizia SAM del 21.2.2010, il nostro consulente riconferma un'incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico nella misura del 20%. Gli impedimenti dell'A. riguardano i deficit cognitivi riscontrati, la diminuzione della resistenza e della tenuta e la ridotta caricabilità psichica dell'A. la quale si percepisce come nettamente inadeguata e incapace di fare fronte alla situazione in cui si trova ormai da diversi anni. Secondo il nostro consulente il quadro clinico osservato (e di conseguenza anche la valutazione della capacità lavorativa) attualmente è risultato sostanzialmente invariato rispetto alla precedente perizia SAM del 21.2.2010. Si ritiene che le incapacità lavorative descritte dai consulenti non debbano essere sommate ma integrate, in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali di carico e di rendimento che parzialmente si sovrappongono.

8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. In considerazione di quanto descritto al punto 8.1.1, l'attuale capacità lavorativa globale nell'attività da ultimo esercitata di ausiliaria di pulizie è considerata nella misura dello 0%.

8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. 0%.

8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Vedi sopra.

8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. --

8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Sulla base di quanto descritto dai consulenti le valutazioni della capacità lavorativa espresse nella precedente perizia SAM dell'11.10.2012 valgono sino all'intervento chirurgico del 19.2.2013, di nuovo dal 19.5.2013 all'1.10.2014 e dal 2.1.2015 al 15.3.2015. A partire dal primo intervento chirurgico ortopedico al ginocchio sin. del 16.3.2015 vale una capacità lavorativa nella misura dello 0% nell'attività da ultimo esercitata ed una capacità lavorativa nella misura dell'80% a partire dal 16.6.2015 in un'attività adatta allo stato di salute tenendo in considerazione dei limiti funzionali e di carico più restrittivi (come descritti nell'attuale consulto reumatologico). Va riconosciuta un'inabilità lavorativa totale, per qualsiasi tipo di lavoro, sempre a seguito degli interventi chirurgici subiti, dal 19.2.2013 al 18.5.2013, dal 2.10.2014 all'1.1.2015, dal 16.3.2015 al 15.6.2015, dal 7.1.2016 al 14.6.2016, dal 29.8.2016 al 28.11.2016.

9 CONSEQUENZE

SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata

9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Il nostro consulente in reumatologia giudica come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'A. può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltrepassanti i 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'A. può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'A. può spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'A. può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, mai assumere la posizione inginocchiata, talvolta effettuare la flessione delle ginocchia, mai assumere la posizione accovacciata. L'A. può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, di rado la posizione in piedi di lunga durata. L'A. può talvolta camminare fino a 50 metri, di rado oltre 50 metri, mai camminare per lunghi tragitti, di rado camminare su terreno accidentato, può di rado salire le scale, mai salire su scale a pioli. I limiti funzionali e di carico descritti dal Dr. med.

_____ il 30.8.2012 sono da considerarsi validi fino al primo intervento chirurgico ortopedico al ginocchio sin. del 16.3.2015, successivamente sono applicabili quelli formulati dopo l'attuale rivalutazione peritale reumatologica del 5.12.2016, che risultano più restrittivi. In un lavoro adatto allo stato di salute, il nostro consulente giudica l'A., abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100%, come stabilito il 30.8.2012, a decorrere dal 7.8.2010 fino al 18.2.2013, di nuovo a partire dal 19.5.2013 fino all'1.10.2014, di nuovo dal 2.1.2015 fino al 15.3.2015, di nuovo dal 16.6.2015 fino al 6.1.2016, di nuovo dal 15.6.2016 al 28.8.2016 e infine di nuovo dal 29.11.2016, tenendo conto degli interventi chirurgici effettuati alle mani ed al ginocchio sin. e dei rispettivi periodi di guarigione e riabilitazione necessari. Va riconosciuta un'inabilità lavorativa totale, per qualsiasi tipo di lavoro, sempre a seguito degli interventi chirurgici subiti, dal 19.2.2013 al 18.5.2013, dal 2.10.2014 all'1.1.2015, dal 16.3.2015 al 15.6.2016, dal 7.1.2016 al 14.6.2016, dal 29.8.2016 al 28.11.2016. Come già descritto nei capitoli precedenti, dal punto di vista neurologico vi è una capacità lavorativa piena in qualunque attività e dal punto di vista psichiatrico vi è una capacità lavorativa nella misura dell'80% in qualunque attività lavorativa. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. Nella misura dell'80%. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Va inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Vedi sopra. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Eventuali pause supplementari sono già state conteggiate nella valutazione complessiva della capacità lavorativa. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? Sulla base di quanto descritto dai consulenti le valutazioni della capacità lavorativa espresse nella

precedente perizia SAM dell'11.10.2012 valgono sino all'intervento chirurgico del 19.2.2013, di nuovo dal 19.5.2013 all'1.10.2014 e dal 2.1.2015 al 15.3.2015. A partire dal primo intervento chirurgico ortopedico al ginocchio sin. del 16.3.2015 vale una capacità lavorativa nella misura dello 0% nell'attività da ultimo esercitata ed una capacità lavorativa nella misura dell'80% a partire dal 16.6.2015 in un'attività adatta allo stato di salute tenendo in considerazione dei limiti funzionali e di carico più restrittivi (come descritti nell'attuale consulto reumatologico). Va riconosciuta un'inabilità lavorativa totale, per qualsiasi tipo di lavoro, sempre a seguito degli interventi chirurgici subiti, dal 19.2.2013 al 18.5.2013, dal 2.10.2014 all'1.1.2015, dal 16.3.2015 al 15.6.2015, dal 7.1.2016 al 14.6.2016, dal 29.8.2016 al 28.11.2016.

9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. Nella misura del 50% dal 16.6.2015 (in precedenza nella misura del 60% come già descritto nell'ambito della precedente perizia SAM), valutazione medico-teorica che andrà convalidata tramite un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica.

9.2 Reintegrazione professionale

9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione? Secondo il nostro consulente in psichiatria un percorso di riqualifica professionale non entra in linea di conto in questo caso, un eventuale reinserimento lavorativo in ambito adatto potrebbe essere per contro utile.

9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito.

9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Bisogna tenere in considerazione le limitazioni descritte nei capitoli precedenti, in particolare ai punti 8.1.1 e 9.1.1.

9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Se sì, in che misura? Sì.

9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Come già descritto nei capitoli precedenti, dal punto di vista reumatologico vi è stato un peggioramento rispetto alla precedente perizia SAM dell'11.10.2012, ciò si ripercuote anche sui limiti funzionali e di carico che risultano più restrittivi dal 16.3.2015 quando è stato effettuato il primo intervento chirurgico ortopedico al ginocchio sin. Secondo il nostro consulente in psichiatria il quadro clinico osservato nell'attuale valutazione specialistica risulta sostanzialmente invariato rispetto al quadro clinico osservato nella precedente perizia SAM del 21.2.2010. Dal lato neurologico non vi era una diagnosi neurologica nelle perizie del 2012, attualmente dal punto di vista neurologico risulta come diagnosi una cefalea presumibilmente muscolotensiva dalla quale comunque, secondo il nostro consulente, non risulta un'incapacità lavorativa per qualsiasi attività professionale. Secondo il nostro consulente in psichiatria un eventuale reinserimento lavorativo in un ambito adatto potrebbe essere utile.

9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A.

9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel corso degli anni? Dagli elementi raccolti non sembrano emergere indizi per un'insufficiente aderenza terapeutica dell'A.

9.3.2 Adeguatezza della terapia attuale secondo le linee guida? Eventuali proposte terapeutiche? Secondo il nostro consulente in reumatologia l'A., per le patologie di stretta competenza reumatologica, ha seguito i consigli terapeutici dei medici curanti. Egli non ha proposte terapeutiche da formulare in grado di modificare la capacità funzionale e di carico residua. La capacità funzionale e di carico residua, viene attualmente prevalentemente compromessa dalla patologia riscontrata al ginocchio sin. che, difficilmente, potrà essere sanata mediante un procedere terapeutico conservativo. Lo stato di salute dell'A. andrà comunque rivalutato a distanza di 1-2 anni, per conoscerne l'evoluzione ai provvedimenti riabilitativi, eventualmente chirurgici ortopedici che potranno

essere ancora pianificati. Il consulente in neurologia ritiene il trattamento delle cefalee con Ponstan adeguato: dal lato prognostico le cefalee si sono instaurate 3-4 anni fa ca., ed è difficile prevedere come sarà l'evoluzione futura, le cefalee appaiono comunque ben gestibili e teoricamente dovrebbero anche restare tali. Secondo il nostro in psichiatria una presa a carico specialistica volta a migliorare il grado di conoscenza di sé come premessa per innescare un processo di modifica dello stile di vita potrebbe giovare pur tenendo conto del grado esiguo di capacità introspettive di cui l'A. dispone. Vista la tendenza alla cronicizzazione dei disturbi accusati dall'A. un miglioramento significativo dello stato di salute e della capacità lavorativa previo trattamento specialistico adeguato sembra poco probabile.

9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.? Vedasi risposta al quesito precedente 9.3.2.

9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) -.-

10 COERENZA

10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. Da parte dei consulenti non sono state osservate discrepanze o segni di aggravazione dei sintomi.

11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI

11.1 Altri quesiti del medico SMR. Non ce ne sono.

11.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Non ce ne sono. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 234/761-768)

Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale 9 maggio 2017 (doc. AI 236/837-840) si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM e ha confermato i seguenti periodi e gradi d'incapacità lavorativa (riduzione rendimento):

Attività abituale:	100%	dal 19.2.2013	al 18.05.2013
40%	dal 19.05.2013	al 1.10.2014	100% dal 2.10.2014
40%	al 1.1.2015	dal 2.1.2015	al 15.3.2015
100%	dal 16.3.2015	continua Attività adeguata:	
100%	dal 19.2.2013	al 18.05.2013	20% dal 19.05.2013
100%	al 1.10.2014	dal 2.10.2014	al 1.1.2015
20%	dal 2.1.2015	al 15.3.2015	100% dal 16.3.2015
20%	al 15.6.2015	dal 7.1.2016	al 16.6.2015
100%	dal 6.1.2016	dal 7.1.2016	al 14.6.2016
20%	dal 15.6.2016	al 28.8.2016	100% dal 29.8.2016
20%	al 28.11.2016	20% dal 29.11.2016	

continua Sempre il dr. _____ – presa visione della valutazione neurologica 11 agosto 2017 della dr.ssa _____ (doc. AI 244/862-863), del certificato 10 novembre 2017 del dr. _____ (doc. AI 252/876), del rapporto dettagliato del 13 novembre 2017 del dr. _____ (doc. AI 252/877) e dei rapporti 14 novembre e 23 dicembre 2017 del dr. _____ (doc. AI 252/875 e 253/880-882) – , nell'annotazione 4 gennaio 2018 ha concluso: "(...) Perizia SAM con visite 12.2016, datata 5.6.2017: - Valutazione reuma: IL 90% in attività abituale, IL 50% in attività di casalinga e IL 0% in attività adatta - Assenza di impedimento neurologico - Quadro psichico clinico invariato rispetto al 2010: viene riconosciuto un impedimento del 20% (malgrado la diagnosi di distimia non è invalidante ai sensi della LAI, impedimento però riconosciuto in occasioni delle precedenti decisioni con attuale quadro invariato rispetto ad allora). Si calcola grado AI 22%. Nuova documentazione medica: valutazione neurologica dr.ssa _____ del

11.8.2017 - Dal rapporto non risulta una patologia neurologica - Presenza di problematica dorsale (nota sindrome lombospondilogenica) per la quale la dr.ssa _____ consiglia rinforzo muscolare - Presenza attuale di epicondilitis acuta al gomito: si tratta di problematica non presente in occasione della valutazione SAM, problematica di regola con buona prognosi e IL di poche settimane. L'assicurata verrà vista dal reumatologo per le cure del caso. Attuale nuova documentazione medica: rapporto dr. _____ del 14.11.2017: - Ritiene che la lesione condrale riscontrata era di probabile origine posttraumatica. Certificato dr. _____ del 10.11.2017: - Ritiene presenza di infortunio al ginocchio. Certificato dr. _____ del 13.11.2017 attestante avvenuta visita il 31.8.2015: - Il 28.8.2017 è avvenuto asportazione materiale osteosintesi - In presenza di persistenti dolori indicata intervento protesi ginocchio sinistro. Rapporto dr. _____ del 23.12.2017: - Caduta accidentale il 22.12.2017 con frattura da strappo legamento intertibioperoneale anteriore caviglia sinistra. Valutazione: l'assicurata presenta attualmente una IL 100% per frattura legamentare alla caviglia sinistra dal 22.12.2017 per la durata di circa 3 mesi. Richiedere un rapporto AI di decorso al dr. _____. (...)” (doc. AI 254/884-885). L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuta la valutazione economica – le tabelle allestite il 10 maggio 2017 con la motivazione della riduzione al reddito ipotetico da invalido (doc. AI 237/841-844 e 238/845) e la valutazione 29 maggio 2017 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 239/846-847) – , con la decisione impugnata ha riconosciuto il diritto ad una rendita dal 1. gennaio 2016 al 1. ottobre 2016 (cfr. consid. 1.7). 2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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, *Rechtssprechung 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 (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 e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA

(consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del

E. 23

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale 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, consid. 5.3). 2.8. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla

capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.7), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulla perizia del 5 maggio 2017 e confermate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.6). Perizia, quella del SAM, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, nella succitata perizia, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il SAM. 2.8.1. Avuto riguardo all'aspetto extra somatico va rilevato che la valutazione dei periti del SAM si è basata sul consulto del 14 dicembre 2016 del dr. _____ (cfr. doc. AI 234/802-812) e che l'insorgente non ha sollevato alcuna valida contestazione. Tale non può essere ritenuta lo stringato certificato medico del 13 gennaio 2018 nel quale il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia – senza confrontarsi con le conclusioni a cui sono giunti i periti e senza nemmeno porre una diagnosi secondo un sistema di classificazione riconosciuto –, si è limitato ad attestare che “(...) la paziente è in cura da me dal 05.02.2018 per uno scompenso depressivo nell'ambito della nota distimia. Dal 05.02.2018 è inabile al lavoro in una professione qualsiasi in misura totale. (...)” (doc. B/1). In questo senso questo Tribunale deve fare proprio quanto rilevato dal dr. _____ che, al riguardo, nell'annotazione del 19 aprile 2018, si è così espresso: “(...) il certificato medico del dr. _____ risulta essere privo di chiara diagnosi psichiatrica e non contiene elementi clinici. Tale certificato risulta quindi insufficiente per comprovare una modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione SAM. (...)” (XII/1). 2.8.2. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta ad una valutazione specialistica da parte del dr. _____, FMH in reumatologia, il quale, nel consulto del 9 aprile con complemento del 2 maggio 2017 (doc. AI 234/772-789 e 234/790-791), circa la capacità lavorativa residua in un'attività lavorativa adatta, ha evidenziato che “(...) in un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100%, come stabilito il 30.8.2012, a decorrere dal 7.8.2010 fino al 18.2.2013, di nuovo a partire dal 19.5.2013 fino all' 1.10.2014, di nuovo dal 2.1.2015 fino al 15.3.2015, di nuovo dal 16.6.2015 fino al 6.1.2016, di nuovo dal 15.6.2016 al 28.8.2016 e infine di nuovo dal 29.11.2016, tenendo conto degli interventi chirurgici effettuati alle mani e al ginocchio sinistro e dei rispettivi periodi di guarigione e riabilitazione necessari. (...)” (doc. AI 234/787-788) e, considerata l'ulteriore documentazione medica sottopostagli, che “(...) gli ulteriori atti medici sopramenzionati non portano a modifiche della valutazione funzionale e di carico residua di questa assicurata e quindi la valutazione della capacità lavorativa espressa nel rapporto peritale rimane invariata. Qualora l'assicurata venisse effettivamente sottoposta all'intervento di rimozione della placca dal ginocchio, in assenza di complicazioni perioperatorie, mi attendo un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di lavoro della durata massima di 3 mesi. (...)” (doc. AI 234/790-791). Dal canto suo il dr. _____, nell'annotazione del 21 febbraio 2018, ha rilevato che “(...) per quanto concerne l'asportazione di una placca a L [ndr.: avvenuta il 28 agosto 2017; cfr. il rapporto dettagliato 13 novembre 2017 del dr. _____ sub doc. AI 252/877] a livello del ginocchio il periodo di IL non supera di regola le 6 settimane in assenza di complicazioni (nel presente caso non vi sono state complicazioni. (...)” (IV/1). Quanto al rapporto 23 dicembre 2017 del dr. _____ circa la frattura da strappo del legamento

inter-tibioperoneale anteriore della caviglia sinistra, in esiti di una caduta accidentale avvenuta il 22 dicembre 2017 (cfr. doc. AI 253/880-881), sempre il dr. _____, nell'annotazione del 4 gennaio 2018 (doc. AI 254/884-885), ha rilevato che "(...)" l'assicurata presenta attualmente una IL 100% per frattura legamentare alla caviglia sinistra dal 22.12.2017 per la durata di circa 3 mesi. (...)" (doc. AI 254/885). Al riguardo nella risposta di causa l'Ufficio AI ha a ragione evidenziato che "(...)" con scritto del 20 dicembre 2017 (inc. AI, doc. 252) l'assicurata ha trasmesso nuova documentazione medica, sottoposta al vaglio del SMR, il quale ha segnalato quale nuovo evento la frattura alla caviglia dovuta a caduta del 22 dicembre 2017, evento avvenuto posteriormente alla decisione resa (cfr. annotazione del SMR del 4 gennaio 2018, inc. AI, doc. 254). Tale valutazione non ha influito sulla validità della decisione resa come indicato dall'Ufficio AI con scritto del 18 gennaio 2018 (inc. AI, doc. 256). (...)" (IV, punto 1, pag. 3). Va qui ricordato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 15 novembre 2017. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (fra le tante cfr. DTF 130 V 138). Avuto riguardo all'esame 7 marzo 2018 della "densitometria ossea dexta" del dr. _____ con allegati (cfr. doc. B/2-7), questo Tribunale può, infine, fare propria la conclusione del dr. _____ che, nell'annotazione 19 aprile 2018, ha rilevato come "(...)" l'esame densitometrico non è un esame che indica dei limiti funzionali o degli impedimenti funzionali ma è unicamente una misurazione approssimativa della densità ossea, esame che serve per valutare l'indicazione ad un trattamento di una eventuale osteoporosi. (...)" (XII/1). Le conclusioni a cui sono giunti il dr. _____ e il dr. _____ non sono state contestate dall'insorgente e il TCA non ha ragioni per scostarsi da queste valutazioni.

2.8.3. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta ad una valutazione specialistica da parte del dr. _____, FMH in neurologia, il quale, nel consulto del 23 dicembre 2016 con complemento del 3 maggio 2017 (doc. AI 234/792-800 e 234/801), ha concluso che "(...)" l'attuale stato neurologico è risultato del tutto nella norma, ora la paziente non descrive neanche più un'ipoestesia diffusa descritta ancora nel 2012 dell'arto superiore destro in sede distale, nessun deficit di forza, riflessi ben evocabili e simmetrici in tutte le sedi, segni piramidali assenti, vi è unicamente effettivamente una lieve ipotrofia globale all'arto inferiore sinistro. E' risultato nella norma anche l'esame ENG del nervo mediano sinistro, quindi senza segni di una recidiva al tunnel carpale destro alla base dei dolori accusati dalla paziente alla mano destra. Altrettanto nella norma l'esame EMG dei muscoli vasto laterale e tibiale anteriore sinistro, quindi senza segni di una sofferenza neurogena acuta o cronica o di una miopatia, in tal senso l'ipotrofia locale è piuttosto da inquadrare come ipotrofia da disuso. Infine altrettanto nella norma l'esame EMG del muscolo gemello laterale destro. Come già nel 2012 la paziente descrive occasionalmente dei dolori a mo' di scosse nella regione gluteale a destra, irradiati lungo la parte laterale della coscia, anteroposteriore della gamba fino alla pianta del piede destro. Questo dolore comparirebbe con la frequenza di circa di una volta a settimana per un minuto circa, già nel 2012 la paziente ha descritto una sintomatologia analoga. Questo dolore potrebbe essere anche compatibile con una distribuzione S1 destra, però come già nel 2012 mancano dei segni tipici per un'irritazione S1, segni che risultano negativi. Tuttora esame EMG del muscolo gemello laterale destro nella norma, muscolo innervato da S1, riflesso achilleo sempre bene evocabile e simmetrico e alla MR lombare non vi è mai stata l'evidenza di un contatto radicolare S1. In

base a queste osservazioni penso, come già nel 2012, che si possa escludere ragionevolmente una radicolopatia lombare non solo conclamata ma anche una irritazione radicolare all'origine di questi dolori accusati. Infine la paziente descrive anche delle cefalee in sede frontale da qualche anno, non vi sono caratteristiche di un'emicrania, pare più un dolore muscolotensivo, comunque ben rispondente al Ponstan. Nel 2012 la paziente non descriveva delle cefalee. (...)” (doc. AI 234/797-798). Quanto alla valutazione neurologica del 10 febbraio 2017 della dr.ssa _____ (cfr. doc. AI 232/728-729) il dr. _____, nel complemento del 3 maggio 201 ha osservato che la specialista “(...) descrive un esame ENG dei nervi mediano ed ulnare sinistro nella norma, l'esame ENG da me eseguito del nervo mediano destro in dicembre 2016 era altrettanto nella norma. La Dr.ssa sospetta un eventuale irritazione dei tronchi nervosi, secondaria ad una tendinopatia dei flessori, interpretazione piuttosto dubbia, comunque anche se ci fosse non avrebbe un'influenza sulla capacità lavorativa della paziente, non vedo necessità di modificare il mio rapporto del 23.12.2016. (...)” (doc. AI 234/801). Dal canto suo il dr. _____, avuto riguardo alla valutazione neurologica dell' 11 agosto 2017 della dr.ssa _____ (cfr. doc. AI 244/862-863; rapporto, questo, nel quale la specialista non si esprime sulla capacità lavorativa e neppure si confronta con la valutazione dei periti del SAM), nell'annotazione del 20 settembre 2017 (ripresa in quella del 4 gennaio 2018 sub doc. AI 254/884-885), ha concluso che “(...) - Dal rapporto non risulta una patologia neurologica - Presenza di problematica dorsale (nota sindrome lombospondilogenica) per la quale la dr.ssa _____ consiglia rinforzo muscolare - Presenza attuale di epicondilitis acuta al gomito: si tratta di problematica non presente in occasione della valutazione SAM, problematica di regola con buona prognosi e IL di poche settimane. L'assicurata verrà vista dal reumatologo per le cure del caso. In conclusione: assenza di modifica dello stato di salute con influsso prolungato sulla CL. (...)” (doc. AI 246/865). Le conclusioni a cui sono giunti il dr. _____ e il dr. _____ non sono state contestate dall'insorgente e il TCA non ha ragioni per scostarsi da queste valutazioni.

2.8.4. Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.7; va qui inoltre evidenziato che il TF, nella STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che “(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)” (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2)), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – le valutazioni del SAM e del medico SMR dr. Erba (cfr. consid. 2.6) vanno confermate. In questo senso la domanda di

annullamento della decisione impugnata con rinvio degli atti all'amministrazione per nuova istruttoria (cfr. consid. 1.8 e 2.2) va disattesa. 2.9. In merito alla valutazione economica va rilevato quanto segue. L'insorgente non ha contestato l'applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi per calcolare il grado d'invalidità e neppure gli importi (validi per il 2015) ritenuti dall'Ufficio AI di fr. 47'323.-- quale reddito da valido e di fr. 36'850.-- quale reddito ipotetico da invalido (cfr. la motivazione della decisione impugnata sub doc. AI 242/855-859 e le tabelle allestite il 10 maggio 2017 con la motivazione della riduzione al reddito ipotetico da invalido sub doc. AI 237/841-844 e 238/845). Confrontando il reddito da valido di fr. 47'323.-- con quello da invalido di fr. 36'850.-- l'amministrazione ha quindi ottenuto un grado d'invalidità del 22% ($[47'323 - 36'850] : 47'323 \times 100 = 22.13\%$ arrotondato al 22% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). Ribadito che l'applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi e la riduzione al reddito ipotetico da invalido non sono stati contestati – che pertanto su detti aspetti non vi è motivo di verificare oltre il calcolo effettuato dall'amministrazione (in questo senso cfr. le STCA 32.2017.81 del 18 dicembre 2017 consid. 2.11.1; 32.2017.40 del 20 settembre 2017 consid. 2.6; 32.2016.137 del 23 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.122 del 10 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.109 dell'8 maggio 2017 consid. 2.10; 32.2016.108 del 2 maggio 2017 consid. 2.9 e 32.2016.107 del 10 aprile 2017 consid. 2.6) –, circa la valutazione economica questo Tribunale rileva quanto segue. Vista la domanda di prestazioni dell'ottobre 2015 (cfr. consid. 1.7), il diritto al versamento della rendita nasce, ex art. 29 cpv. 1 LAI, al più presto il 1. aprile 2016. Determinanti sono quindi i dati validi per quell'anno. Reddito da valido Nel 2016, secondo la tabella “TA1 2016_tirage_skill_level Rami economici (NOGA08)” (denominata “Salario mensile lordo (valore centrale) secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso Settore privato” ; in argomento vedi la DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne , nel ramo economico 96 (“Altre attività di servizi personali” e ramo economico considerato dall'amministrazione; cfr. la tabella sub doc. AI 238/845), per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C_632/2015) e per 40 ore settimanali corrisponde a un importo di fr. 48'516 (4'043 x 12). Riportando detto importo su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende in quel settore di 42 ore nel 2016 (cfr., per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche la sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana T 03.02.03.01.04.01 pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), si ottiene un reddito da valido pari a fr. 50'941.80 (48'516 : 40 x 42) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Reddito da invalido Nel 2016, secondo la succitata tabella TA1 2016, il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde a un importo di fr. 52'356.-- (4'363 x 12 mesi). Riportando detto importo su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41.7 ore nel 2016 (cfr. la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana T 03.02.03.01.04.01 pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), si ottiene un salario lordo mediamente percepito in quell'anno pari a fr. 54'581.13 (52'356 : 40 x 41.7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Considerata un'incapacità lavorativa in un'attività adeguata del 20% (flessione del rendimento) e applicata la riduzione del 15% (ritenuta dall'Ufficio AI così come risulta dalla tabella allestita il 10 maggio 2017 con la motivazione della riduzione al reddito

ipotetico da invalido; cfr. doc. AI 237/841-844) si ottiene un reddito da invalido di fr. 37'115.16 (54'581.13 x 80% ridotti del 15%). Confrontando il reddito da valido di fr. 50'941.80 con quello da invalido di fr. 37'115.16 si ottiene un grado d'invalidità del 27% ([50'941.80 - 37'115.16] : 50'941.80 x 100 = 27.14% arrotondato al 27% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) . Quanto alla reintegrabilità e ai provvedimenti professionali il TCA non ravvede alcun motivo per scostarsi dalla valutazione del 29 maggio 2017 (peraltro rimasta incontestata) nella quale il consulente in integrazione professionale ha concluso che "(...) nonostante il danno alla salute dell'A. sono possibili numerose attività semplici e non qualificate che fanno riferimento alla categoria delle statistiche 4.2, nelle quali dopo un breve periodo di introduzione l'attività potrà essere svolta in autonomia: [...] A questo assicurato, secondo il mio parere, non è proponibile una riqualifica professionale che comporta l'apprendimento di nozioni teoriche perché è inibito oltre che dal danno alla salute anche da fattori quali l'età, l'esperienza professionale specifica, la scolarità. Si può restare a disposizione per finanziare un periodo di introduzione al lavoro "mini riqualifica pratica ad hoc" della durata di 3-6 mesi (da stabilire dettagliatamente in presenza di un concreto posto di lavoro), qualora vi fosse un posto vacante ed un tale provvedimento potesse consentire un sensibile aumento della capacità di guadagno. Dopo comprovate ricerche di lavoro e su richiesta scritta, si resta a disposizione per valutare un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 239/846-847). La giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Nella STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...)” (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6) 2.10. Ritenuto che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), alla perizia pluridisciplinare del SAM del 5 maggio 2017 e alle valutazioni del dr. _____ riportati al consid. 2.6 va attribuita piena forza probante (cfr. consid. 2.8), anche i periodi e gradi d'incapacità lavorativa, così come indicati nel “Rapporto finale SMR” del 9 maggio 2017 (doc. AI 236/837-840 e riprodotti al consid. 2.6) vanno confermati. Visto il peggioramento duraturo dello stato di salute dal gennaio 2016 (incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività) seguito dal miglioramento dal giugno 2016 (capacità lavorativa dell'80% in attività adeguata) e considerate le risultanze della suesposta valutazione economica (reintegrabilità e grado d'invalidità del 27% applicando i dati

statistici validi per il 2016; cfr. consid. 2.9), è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto alla rendita intera dal gennaio 2016 (con versamento della prestazione dal 1. aprile 2016 trattandosi di una domanda tardiva ex art. 29 cpv. 1 LAI) fino 30 settembre 2016 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a OAI). Come accennato (cfr. consid. 2.8.2), quanto alla frattura da strappo del legamento inter-tibioperoneale anteriore della caviglia sinistra, in esiti di una caduta accidentale avvenuta il 22 dicembre 2017 (cfr. doc. AI 253/880-881) e per la quale il dr. _____, nell'annotazione del 4 gennaio 2018 (doc. AI 254/884-885), ha riconosciuto un'incapacità lavorativa del 100% per una durata di circa tre mesi, si ribadisce che la stessa è posteriore alla decisione impugnata del 15 novembre 2012 e che il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. L'eventuale peggioramento duraturo dello stato di salute potrà essere preso in considerazione nell'ambito di una nuova domanda che l'assicurata potrà se del caso nuovamente inoltrare con allegata la pertinente documentazione medica. 2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è dunque a giusta ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto all'insorgente il diritto al versamento di una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. aprile al 30 settembre 2016. 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.