

TI_GERICHTE 32.2019.7 vom 21. November 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-11-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.7

FR: TI_GERICHTE 32.2019.7 du 21 novembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.7 del 21 novembre 2018

Regeste

LAI-LAINF. Rendita limitata nel tempo confermata. Grado AI: 37%

Erwägungen

E. 1

OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 2.4. 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.

E. 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). 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). 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 infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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). 2.5. Per quanto concerne l'aspetto medico, dalle tavole processuali emerge che l'UAI ha incaricato il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, di eseguire una perizia. Il perito reumatologo ha esaminato l'assicurata il 10 aprile 2017 e nel rapporto del 13 aprile seguente (doc. 102 incarto AI) ha riportato l'anamnesi (personale, sistemica e sociale), i dati soggettivi e i dati oggettivi (esame reumatologico e neurologico). Lo specialista ha posto la diagnosi di: " Periartrite omeroscapolare bilaterale, in: - Esiti da riparazione di lesione SLAP alla spalla destra dopo infortunio alla stessa il 16.11.2004. - Esiti da stabilizzazione anteriore della spalla destra con ancora per instabilità anteriore, il 18.3.2005. - Esiti da decompressione sottoacromiale, ricostruzione del sovraspinato ed infraspinato alla spalla destra, il 7.3.2013. - Esiti da riparazione di rottura del muscolo sottoscapolare alla spalla sinistra, il 27.5.2010, dopo strappo del 20.2.2010, con sviluppo di una capsulite retrattile. - Nota rirottura del sottoscapolare nella parte craniale e del sovraspinato nella parte ventrale alla spalla sinistra. Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, in: - Discopatia L5/S1 con ernia discale espulsa sottolegamentosa mediana-paramediana in parte lussata causalmente a contatto con le radici di S1, con spondilartrosi L2-S1 (RM lombare del 7.1.2015) - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale). - Decondizionamento e sbilanciamento muscolare. Possibile gonartrosi bilaterale, in: -

Valgismo delle ginocchia - Obesità (peso 75 kg / statura 165,5 cm) Fascite plantare bilaterale, in: - Piedi cavi bilaterali. - Obesità (peso 75 kg / statura 165,5 cm). Tendenza fibromialgica (6 su 18 punti fibromialgici positivi). Obesità (peso 75 kg / statura 165,5 cm).” (doc. 102, pag. 11 e 12 incarto AI). Il perito ha quindi giudicato come lavoro adatto allo stato di salute dell’interessata: " (...) un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'assicurata può talvolta sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre i 5 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurata non è in grado di sollevare pesi oltre l'altezza del petto. L'assicurata può spesso maneggiare attrezzi leggeri e di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai attrezzi pesanti. La rotazione manuale può essere svolta talvolta. L'assicurata non può effettuare lavori al di sopra della testa, può talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, di rado assumere la posizione accovacciata. L'assicurata può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli. (...)” (doc. 102, pag. 12 e 13 incarto AI). Il perito reumatologo ha puntualizzato che i citati limiti: " (...) tengono unicamente conto degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio campo di specialità; ma non di fattori non assicurati, quali età, la formazione, la disoccupazione, difficoltà economiche, la reperibilità sul mercato del lavoro locale di un'attività pienamente adatta allo stato di salute, rispecchiante le aspettative dell'assicurata, la sua disponibilità a reinserirsi nel mondo del lavoro, ecc.. Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero, per cui, se del caso, andrà pure rivalutata l'abilità alla guida sicura di un autoveicolo. (...)” (doc. 102, pag. 13 incarto AI) Il perito ha osservato che: " (...) L'assicurata per le patologie postinfortunistiche alle spalle, dopo visita medica di chiusura della _____ dell'8.8.2014, veniva ritenuta inabile al lavoro nella misura dello 0 % dall'8.8.2014, per un'attività adeguata al suo stato di salute, mentre nella sua attività lavorativa abituale come cuoca, veniva giudicata inabile al lavoro nella misura del 100 % dal 7.3.2013 in forma continuata; la valutazione della capacità lavorativa in attività solita rispettivamente adatta allo stato di salute, stabilita dalla _____ l'8.8.2014, può essere condivisa. (...)” (doc. 102, pag. 13 incarto AI) Il dr. med. _____ ha quindi concluso che l'assicurata, in un lavoro adatto allo stato di salute, tenente conto di tutti i limiti funzionali e di carico da lui indicati, in relazione alle patologie reumatologiche riscontrate, era abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100%, a partire dall'8 agosto 2014. Come cuoca, andava invece riconfermata l'inabilità lavorativa totale del 100% giudicata dalla _____, a decorrere dal 7 marzo 2013, incapacità lavorativa che probabilmente sarebbe rimasta definitiva (doc. 102, pag. 13 incarto AI). In seguito, l’assicurata si è sottoposta il 5 luglio 2017 ad un intervento per via artroscopica di riparazione del sottoscapolare e del sovraspinoso con decompressione sottoacromiale della spalla sinistra ad opera del dr. med. _____, assistito dalla Dr.ssa _____ presso l’Ospedale _____ a _____ (doc. 125 incarto AI). Il 4 aprile 2018 l’assicurata si è sottoposta ad un intervento per via artroscopica di decompressione sottoacromiale, riparazione del sovraspinoso con adipolisi, liberazione aderenze ed asportazione tessuto cicatriziale articolare e sottoacromiale della spalla destra ad opera del

dr. med. _____, assistito dalla dr.ssa med. _____ presso l'Ospedale _____ a _____ (doc. 151 incarto AI). Nel rapporto del 10 luglio 2018 (aggiornamento medico da maggio 2018) la dr.ssa med. _____ ha indicato che l'assicurata - che presentava una incapacità lavorativa del 100% nell'attività abituale di cuoca dal 3 marzo 2013 - poteva svolgere da subito un' "attività che non richieda movimenti ripetitivi degli arti superiori", "se leggera al 100%", "Pz collaborante" (doc. 161, pag. 5 e 6 incarto AI). Nel rapporto finale del 18 luglio 2018 (doc. 163 incarto AI) il medico SMR, dr.ssa med. _____ ha posto la diagnosi principale con ripercussione sulla capacità lavorativa di: "Periartropatia omeroscapolare bilaterale: - spalla destra: Infortunio in data 16.11.2004, Esiti da riparazione artroscopica di lesione SLAP con stabilizzazione anteriore con ancora per instabilità anteriore il 18.03.2005, esiti da decompressione sottoacromiale, ricostruzione del sovraspinato e infraspinato il 07.03.2013. Ricostruzione artroscopica e decompressione sottoacromiale, riparazione del sovraspinoso con adesiolisi in data 04.04.2018 per recidiva di rottura della cuffia dei rotatori; - spalla sinistra: strappo del 20.02.2010, esiti da riparazione del muscolo sottoscapolare il 27.05.2010 con sviluppo di una capsulite retrattile, rirottura del sottoscapolare nella parte craniale e del sovraspinato nella parte ventrale, 05.07.2017: riparazione artroscopica tendini sottoscapolare e sovraspinoso con decompressione sotto-acromiale. Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, in: - discopatia L5/S1 con ernia discale espulsa sottolegamentosa mediana-paramediana in parte lussata causalmente a contatto con le radici di S1, RM del 07.01.2015: disco disidratato; - spondilartrosi L2-S1; - disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale); - decondizionamento e sbilancio muscolare." (doc. 163, pag. 1 incarto AI). Il medico SMR ha posto le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di: "16.01.2012: decompressione del nervo mediano polso destro; Valgismo delle ginocchia bilaterale; Sovrappeso (165,5 cm, 75 kg, BMI 27); Fascite plantare bilaterale in piedi cavi bilaterali; Tendenza fibromialgica; Tabagismo di circa 10 PY." (doc. 163, pag. 2 incarto AI) Il medico SMR ha indicato nell'attività abituale di cuoca una incapacità lavorativa del 50% dal 30 luglio 2012, del 25% dal 05 novembre 2012, del 50% dal 18 gennaio 2013 e del 100% dal 7 marzo 2013 e continua (oltre che definitiva) mentre in un'attività adeguata ha indicato le seguenti incapacità lavorative (intese come riduzione di presenza): - 50% dal 30 luglio 2012; - 25% dal 5 novembre 2012; - 50% dal 18 gennaio 2013; - 100% dal 7 marzo 2013; - 0% dall'8 agosto 2014 (visita medica di chiusura della _____); - 100% dal 5 luglio 2017 (intervento artroscopico spalla sinistra); - 0% dal 6 ottobre 2017; - 100% dal 4 aprile 2018 (intervento spalla destra); - 0% dal 10 luglio 2018 e continua (rapporto Dr. _____, ortopedico)." (doc. 163, pag. 2 incarto AI). Il medico SMR ha puntualizzato un carico massimo di 5 kg fino al petto, sopra il petto 0 kg, l'alternanza della postura al bisogno (inclusa), l'assenza di difficoltà nello svolgere lavori di precisione e l'assenza di necessità di pause supplementari, e che: "(...) Può stare seduta o seduta inclinata davanti; Può camminare spesso anche oltre i 50 m, solo di rado camminare per lunghi tragitti; Può talvolta camminare su del terreno accidentato; Può talvolta effettuare la rotazione del tronco; Non deve accovacciarsi; Non deve maneggiare attrezzi medi o pesanti; Non deve alzare le braccia sopra l'orizzontale e non deve svolgere lavori al di sopra della testa; Non deve svolgere attività che richiede dei movimenti ripetitivi degli arti superiori; non deve salire sulle scale in modo ripetitivo; Non deve salire su delle scale a pioli. (...)" (doc. 163, pag. 3 incarto AI) Da ultimo ha ritenuto indicata una revisione dopo 5 anni e ha pure precisato che il perito reumatologo, dr. med. _____, condivideva la valutazione della

_____ dell'8 agosto 2014 (doc. 163, pag. 3 incarto AI). 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione - prima dell'emissione della decisione qui impugnata (in casu , il 21 novembre 2018) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) - non ha motivo per scostarsi dal rapporto finale del 18 luglio 2018 della dr.ssa med. _____ (doc. 163 incarto AI). La valutazione del medico SMR è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.4. Il TCA constata, infatti, che il medico del SMR ha tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti, nonché della valutazione peritale eseguita per conto dell'amministrazione dall'ortopedico dr. med. _____. Il medico SMR ha pure indicato, quale limitazione, che non deve svolgere attività che richiede dei movimenti ripetitivi degli arti superiori ed ha considerato l'assicurata abile al 100% in un'attività adeguata dal 10 luglio 2018, al pari di quanto attestato dalla dr.ssa med. _____ nel rapporto del 10 luglio 2018 (aggiornamento medico da maggio 2018; doc. 161, pag. 5 e 6 incarto AI). Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI (cfr. STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4.). Giova qui infatti ricordare che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (vedi DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C_1001/2012 del 29 maggio 2013 ; 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010; 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Del resto, giova ribadire, che, nel rapporto del 10 luglio 2018 (aggiornamento medico da maggio 2018) la dr.ssa med. L. Broffoni ha indicato che l'assicurata - che presentava una incapacità lavorativa del 100% nell'attività abituale di cuoca dal 3 marzo 2013 - poteva svolgere da subito un'attività che non richieda movimenti ripetitivi degli arti superiori ", " se leggera al 100% ", " Pz collaborante " (doc. 161, pag. 5 e 6 incarto AI). In simili circostanze non consentono di giungere ad una diversa conclusione gli svariati (generici e stringati) certificati medici agli atti della dr.ssa med. _____, ove è indicata una incapacità lavorativa del 100% relativa all'attività abituale di cuoca. Parimenti dicasi per il referto radiologico del 22 novembre 2018 (doc. A3) relativo alla colonna cervicale, in merito al quale il medico SMR nell'annotazione del 22 gennaio 2019 ha rilevato, tra l'altro, quanto segue: " (...) nella RM non vengono descritti netti segni di compressione o un'artrosi ma

solo elementi che potrebbero verificarsi anche in persone asintomatiche della stessa fascia di età; non vengono fornite indicazioni su misure terapeutiche o di un intervento ortopedico (...)” (doc. IV-1) Del resto, a parte quanto indicato dalla dr.ssa med. _____ nel rapporto del 10 luglio 2018 (di cui si è già ampiamente detto), nessun medico (nemmeno la precitata dottoressa) si esprime ulteriormente in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attesta alcuna inabilità lavorativa dell'assicurata in attività adeguate. Inoltre gli stessi medici dell'amministrazione hanno ritenuto l'attività abituale di cuoca inesigibile definitivamente dal 7 marzo 2013. Il citato referto della RM cervicale (doc. A3) non apporta - per lo meno, fino al 21 novembre 2018 - nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico SMR. Esso viene trasmesso all'UAI affinché lo tratti, se del caso, alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dal medico del SMR in merito alla capacità lavorativa dell'assicurata va tutelato. In questo contesto è comunque utile ricordare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, in summa, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico SMR. È pure utile ricordare che 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). In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dalla rappresentante dell'assicurata all'operato dell'amministrazione dal profilo medico, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie - per lo meno, fino al 21 novembre 2018 - sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici specialistici (in particolare, ad una valutazione funzionale completa EFP, così come richiesto dal patrocinatore dell'assicurata nel gravame: cfr. doc. I, pag. 6). Va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Alla luce di quanto sopra esposto e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di

intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che a RI 1 va riconosciuta una incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività (cuoca) dal 7 marzo 2013 e continua mentre in un'attività adeguata (rispettosa dei limiti indicati dal perito reumatologo e dal medico SMR) ha presentato le seguenti incapacità lavorative (intese come riduzione di presenza): - 50% dal 30 luglio 2012; - 25% dal 5 novembre 2012; - 50% dal 18 gennaio 2013; - 100% dal 7 marzo 2013; - 0% dall'8 agosto 2014; - 100% dal 5 luglio 2017; - 0% dal 6 ottobre 2017; - 100% dal 4 aprile 2018; - 0% dal 10 luglio 2018 e continua.

2.7. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute di cui è affetta l'assicurata. Stante quanto precede, occorre in particolare esaminare se la capacità di guadagno dell'assicurata ha subito un miglioramento tale da giustificare la soppressione della rendita intera di invalidità che le è stata riconosciuta dall'UAI a decorrere dal 1° luglio 2018 (cfr. consid. 1.1). Vengono considerati i dati del 2018, visto che il miglioramento dello stato di salute - e, di conseguenza, della capacità lavorativa residua - risale al 10 luglio 2018 (cfr. consid. 2.6).

2.8. Per quanto concerne il reddito da valida, secondo l'UAI, senza il danno alla salute, RI 1, nel 2016, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 71'045.--, determinato in base alle indicazioni fornite dall'ex datore di lavoro (doc. 135 incarto AI). Il patrocinatore della ricorrente contesta l'operato dell'UAI, dato che nel reddito da valida non è stato tenuto conto delle indennità per giorni festivi che la sua cliente ha sempre percepito e che, riportando il dato medio mensile (fr. 174.72) nel 2012 sull'intero anno, conduce ad un reddito supplementare di fr. 2'096.65. Nel 2012, senza problemi di salute, la sua cliente avrebbe quindi percepito fr. 73'141.65 [pari a (fr. 5'465.- x 13) + fr. 2'096.65]. Il rappresentante dell'insorgente contesta la dichiarazione salariale del datore di lavoro dell'assicurata, dato che i dati da lui forniti sarebbero errati. Il salario di base indicato nelle buste paga del 2013 risulterebbe, difatti, inferiore all'importo di fr. 5'465.- mensili riconosciuti negli anni precedenti; ciò che è impossibile nel caso di specie.

Considerando una progressione media annuale di fr. 260.- risultante sin dal 2009, secondo il patrocinatore della ricorrente, il salario da valida della sua cliente per il 2018 ammonterebbe dunque a fr. 74'701.65, comprese le indennità per giorni festivi. Il TCA osserva che nella decisione avversata l'amministrazione ha stabilito nel 2016 il medesimo salario determinato nel 2012 considerato nella decisione dell'11 febbraio 2016 (cfr. consid. 1.2 doc. 77) sulla base di un mail dell'ex datore di lavoro (doc. 135). In concreto questa Corte ritiene di fissare il reddito da valida mediante aggiornamento dell'importo di fr. 72'613.- nel 2014, determinato in base alle indicazioni fornite dall'ex datore di lavoro , risultante dalla già citata STCA 35.2015.67 del 3 novembre 2015 (cfr. consid. 2.5), cresciuta incontestata in giudicato, aggiornato al 2018. Ora, giusta la tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali Donne 2011-2018 (cfr. STF 8C_174/2019 del 9 luglio 2019 e STF 8C_72/2019 dell'11 giugno 2019 consid. 4.1), l'indice, nel settore "Servizi di alloggio e ristorazione", rispetto al 2015, è stato del 104.6 nel 2015, 105.6 nel 2016, 105.9 nel 2017 e 106.4 nel 2019. Il reddito da valida ammonta quindi nel 2018 a fr. 73'862.55 (72'613.- x 106.4/104.6) . Il

"reddito da valida" per il 2018 è, pertanto, fissato in fr. 73'862.55. Il TCA osserva che, quand'anche si volesse considerare il "salario da valida" fr. 74'701.65 indicato dal patrocinatore dell'assicurata, quest'ultima non ne trarrebbe alcun beneficio, dato che non raggiungerebbe in ogni caso un grado di invalidità pensionabile, per i motivi che verranno esposti al consid. 2.10. 2.9. Per quanto concerne il reddito da invalida, secondo l'UAI, con il danno alla salute, RI 1, nel 2016, avrebbe realizzato un guadagno annuo lordo di fr. 46'202.32 (doc. 134 incarto AI). Questo importo, desunto dalla tabella TA1 2014, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 1, donne, riportato sulle 41.7 ore e aggiornato al 2016 (fr. 54'355.67.-), tenuto conto di una esigibilità lavorativa del 100% con rendimento del 100% (cfr. consid. 2.6) e di una deduzione sociale del 15% (di cui: 10% per attività leggere e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari; fr. 54'355.67-fr. 8'153.35=fr. 46'202.32; d oc. 134 incarto AI) può essere fatto proprio da questa Corte. Per quanto concerne la deduzione sociale (in casu: 15%), di cui il patrocinatore dell'assicurata ha chiesto il 5 febbraio 2019 l'innalzamento al 20%, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 15%, l'UAI non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto sufficientemente conto degli effetti legati al danno alla salute dell'assicurata. Tenuto conto del rincaro , si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 46'387.12 (+ 0.4%) e, per il 2018, di fr. 46'619.05 (+ 0.5%; cfr. STCA 35.2019.25 del 5 settembre 2019, consid. 2.6 e STCA 35.2019.33 del 19 agosto 2019, consid. 2.4.7) . Il "reddito da valida" per il 2018 è, pertanto, fissato in fr. 46'619.05. 2.10. Il grado di invalidità della ricorrente (stabilito confrontando i fr. 46'619.05 annui al reddito che ella avrebbe potuto conseguire se non fosse intervenuto il danno alla salute, e cioè fr. 73'862.55 annui) è del 37% ($[73'862.55 - 46'619.05] \times 100 : 73'862.55 = 36.88\%$ arrotondato al 37% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). Il grado di invalidità della ricorrente (stabilito confrontando i fr. 46'619.05 annui al "reddito da valida" indicato dal suo patrocinatore, e cioè fr. 74'701.65 annui) è del 38% ($[74'701.65 - 46'619.05] \times 100 : 74'701.65 = 37.59\%$ arrotondato al 38% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). 2.11. Il grado di invalidità accertato del 37% (rispettivamente del 38% in base al "reddito da valida" indicato dal suo patrocinatore) non conferisce il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.2). È dunque a ragione che l'UAI ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita di invalidità sino al 31 ottobre 2018 (consid. 1.4 e 1.5), ossia tre mesi dopo il miglioramento della capacità lucrativa - fissato al 10 luglio 2018 (cfr. consid. 2.6) - come prescritto dall'art. 88a cpv. 1 OAI (cfr. consid. 2.3). La decisione dell'UAI che nega il diritto ad una rendita d'invalidità successivamente al 1° novembre 2018 va di conseguenza tutelata. 2.12. Per quanto concerne l'aspetto relativo ai provvedimenti professionali, il TCA osserva quanto segue. 2.12.1. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempite (lett. b). Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente (art. 8 cpv. 1bis LAI). Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (art. 8 cpv. 3 lett. a bis LAI) ed i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono

l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riformazione professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI), il lavoro a titolo di prova (art. 18a LAI), l'assegno per il periodo di introduzione (art. 18b LAI), l'indennità per sopperire all'aumento dei contributi (art. 18c LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18d LAI).

2.12.2. In concreto, dalle tavole processuali emerge che l'8 agosto 2018 la consulente AI, _____, ha indicato nel rapporto 1° incontro/finale che " L'A. si era detta disposta ad un inserimento nonostante il danno alla salute " e che pertanto " la pratica venga a TIPAB per valutare dei corsi " (doc. 164 incarto AI). Il 9 agosto 2018 la consulente AI, _____, ha proposto all'assicurata la possibilità di poter beneficiare di un Percorso di Attivazione Breve (PAB), in quanto riteneva " utile per lei attivarsi fin da subito in maniera pratica per il suo prossimo futuro. L'Assicurata mi dice che è sicuramente un'ottima opportunità, ma che a momento il suo stato di salute non le permetterebbe di poter effettuare un corso. Al momento sta infatti effettuando fisioterapia per il suo male alle braccia (entrambe le braccia), che a suo dire non migliorano. L'Assicurata mi informa quindi che non è sua intenzione beneficiare al momento di tale opportunità. Per questo motivo chiudo in data odierna il mandato PAB. Si ritiene conclusa la lavorazione della pratica, procedere con il Progetto di decisione " (doc. 165, incarto AI; n.d.r.: la sottolineatura non è della redattrice). Nel progetto di decisione del 5 settembre 2018 l'UAI ha indicato quanto segue: " Siccome l'assicurata presenta una grado AI superiore al 20% abbiamo sottoposto la pratica ad una nostra consulente in integrazione professionale, la quale riferisce che al momento l'assicurata non è intenzionata a beneficiare di un percorso professionale/lavorativo " (doc. 167, pag. 3 incarto AI) In data 24 ottobre 2018 la consulente AI, _____, ha indicato nel rapporto 1° incontro/finale, tra l'altro, che " All'A. si era proposto di essere seguita per l'attivazione di eventuali corsi ma ha rifiutato tale possibilità "(doc. 182 incarto AI). Nella decisione del 21 novembre 2018 l'amministrazione ha quindi confermato che: " all'assicurata è stato proposto di essere seguita per l'attivazione di eventuali corsi, ma ha rifiutato tale aiuto " (doc. 180, pag. 3 incarto AI). Nel ricorso il rappresentante dell'insorgente ha puntualizzato che la sua assistita non è a priori contraria a che vengano attivati provvedimenti di integrazione a condizione che siano esigibili dal profilo medico e valetudinario (cfr. doc. I, pag. 7). Ha quindi chiesto, in via subordinata, che la sua cliente fosse posta al beneficio dei necessari provvedimenti di integrazione (provvedimenti di reinserimento e provvedimenti professionali; cfr. doc. I, pag. 7). In sede di risposta l'UAI ha precisato che " In merito ai provvedimenti professionali, nel caso in esame non sono state applicate misure professionali per le ragioni indicate dalla consulente preposta del Servizio integrazione, come da rapporto finale dell'8,9 agosto 2018 e 24 ottobre 2018 (cfr. inc. AI, doc. 164, 165 e 182). Su specifica richiesta scritta l'amministrazione rimane a disposizione per l'aiuto al collocamento " (doc. IV, pag. 3). Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene che prima dell'emissione della decisione qui impugnata (in casu , il 21 novembre 2018), che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), l'assicurata non era disposta a beneficiare di provvedimenti d'integrazione. In simili circostanze, anche per questo aspetto, il ricorso va quindi respinto e la decisione impugnata confermata. Ciò non toglie che la ricorrente ha in ogni caso la facoltà di presentare una domanda di provvedimenti integrativi, se nel frattempo è disponibile ad eseguirli.

2.13. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese.

L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.- e fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

E. 47

n. 63, Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art.29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

Nel ricorso il rappresentante dell'insorgente ha puntualizzato che la sua assistita non è a priori contraria a che vengano attivati provvedimenti di integrazione a condizione che siano esigibili dal profilo medico e valetudinario (cfr. doc. I, pag. 7). Ha quindi chiesto, in via subordinata, che la sua cliente fosse posta al beneficio dei necessari provvedimenti di integrazione (provvedimenti di reinserimento e provvedimenti professionali; cfr. doc. I, pag. 7). In sede di risposta l'UAI ha precisato che In merito ai provvedimenti professionali, nel caso in esame non sono state applicate misure professionali per le ragioni indicate dalla consulente preposta del Servizio integrazione, come da rapporto finale dell'8,9 agosto 2018 e 24 ottobre 2018 (cfr. inc. AI, doc. 164, 165 e 182). Su specifica richiesta scritta l'amministrazione rimane a disposizione per l'aiuto al collocamento (doc. IV, pag. 3). Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene che prima dell'emissione della decisione qui impugnata (in casu, il 21 novembre 2018), che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), l'assicurata non era disposta a beneficiare di provvedimenti d'integrazione. In simili circostanze, anche per questo aspetto, il ricorso va quindi respinto e la decisione impugnata confermata. Ciò non toglie che la ricorrente ha in ogni caso la facoltà di presentare una domanda di provvedimenti integrativi, se nel frattempo è disponibile ad eseguirli.

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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