

## **TI\_GERICHTE 32.2019.75 vom 15. März 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-03-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.75](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.75)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.75 du 15 mars 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.75 del 15 marzo 2019

### **Regeste**

Soppressione di rendita AI dopo revisione per peggioramento. Dalla perizia pluridisciplinare e dal complemento è emerso un miglioramento e un'abilità dell'80% dal lato reumatologico, con perdita di guadagno nulla nell'attività lucrativa, mentre del 12,5% come casalinga. Metodo misto: grado AI totale 25%

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

cpv. 2 LAI. Si tratta delle attività che soddisfano il criterio dei terzi, vale a dire che, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, possono essere tipicamente eseguite da terzi dietro pagamento. Le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica, come le attività artistiche o di pubblica utilità, non possono invece essere equiparate a un'attività lucrativa e quindi riconosciute come mansioni consuete, se non in casi speciali (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2). Queste occupazioni non vanno dunque disciplinate in modo generale dall'OAI e pertanto non sono più espressamente menzionate nell'Ordinanza (cfr. punto 1.2 pag. 6 delle citate spiegazioni dell'UFAS). Come evidenziato dall'Ufficio federale sugli adeguamenti del metodo misto (cfr. punto III pag. 9), dal 1° gennaio 2018 il nuovo art. 27 OAI pone quindi l'accento sui lavori domestici necessari che possono essere equiparati ad un'attività lucrativa. Per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se si tratti di un'attività che può essere eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento. È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio). Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari; rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato. Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solo dopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano ad essere svolte da terzi come prima. Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività puramente ricreative – le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività

puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento - non rientrano tra le attività da considerare nell'ambito delle mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb). Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale. Per ciò che concerne il caso in esame, di regola si ritiene che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica comprendono queste cinque attività usuali: pasti, pulizia e ordine dell'alloggio, acquisti e altre commissioni, bucato e cura dei vestiti, cura e assistenza ai figli e/o ai familiari, per le quali è assegnato un rispettivo limite massimo (N. 3087 CIGI). Il grado di disabilità per ogni singola attività risulta dal confronto percentuale tra la ponderazione senza disabilità – stabilita dall'assistente sociale (N. 3083 CIGI) - e la limitazione dovuta alla disabilità (N. 3085 CIGI).

2.4. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado di invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto " metodo misto ") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plaidoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle

persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Ancorché non applicabile alla presente fattispecie, va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il Tribunale federale aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un grado di invalidità pensionabile (STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. La Corte europea - ricordato che non incombe a lei annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (sul tema vedi pure la STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016). Nella STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50, pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 20 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo, la nostra Massima istanza ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica). Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado di invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU allorquando le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. In una tale costellazione, allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a

tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGGA. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017).

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina ( u. Kieser , Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis , IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C\_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C\_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento vedi la STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Come detto, il 1° gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582). Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato “Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale” , risulta che “ (...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...) ” . 2.5. Al fine di determinare il metodo di calcolo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente , in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita

un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, op. cit., pag. 190-191 ).

2.6. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, che incide quindi in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche all'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 ( art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al

momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). 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). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.7. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGa, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità,

anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C\_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C\_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.8. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile

2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier

au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.9. Nel caso di specie, dal settembre 2014 l'assicurata era al beneficio di una mezza rendita di invalidità con grado del 55% stante un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività. Nel 2016 l'assicurata ha comunicato all'Ufficio AI che il suo stato di salute era peggiorato (doc. 97) e, raccolta la documentazione medica necessaria, il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto opportuno il 12 dicembre 2016 (doc. 104) sottoporla a una perizia pluridisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. La perizia è stata allestita il 13 ottobre 2018 (doc. 175), dopo che il Servizio Accertamento Medico ha avuto modo di visitare l'interessata i giorni 21 e 29 marzo, 6, 13, 27 e 28 aprile 2017 per accertamenti pluridisciplinari ambulatoriali. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 2013 al settembre 2017, il SAM ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale-professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali, la descrizione della giornata e la terapia. Nelle constatazioni obiettive il perito ha descritto lo status, gli esiti degli esami di laboratorio effettuati nel marzo 2017 dal Servizio Accertamento Medico e gli esami radiografici del 2016. Sono poi stati riassunti i consulti specialistici, esposti di seguito. L'assicurata è stata esaminata il 29 marzo 2017 dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, il quale nel rapporto reso il giorno seguente ha

riportato l'anamnesi, lo stato neurologico e le sue conclusioni. Il perito ha evidenziato che l'esame neurologico era normale e che v'era una sindrome lombovertebrale cronica senza deficit neurologici associati. Non vi sono state modifiche dal 2014 fino a quel momento e con l'intervento neurochirurgico di marzo 2015 erano scomparsi gli eventuali disturbi irritativi-algici radicolari L5 e/o S1 a sinistra. L'assicurata era pertanto abile al lavoro al 100% in particolare nella professione di impiegata di ufficio. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, oncologia-ematologia, ha visitato l'assicurata il 6 aprile 2017 e nel suo certificato di pari data ha posto le diagnosi oncologiche. Né la diagnosi oncologica né gli esiti delle terapie ricevute determinavano a quel momento una incapacità lavorativa nella professione da ultimo svolta di impiegata di commercio. L'interessata era abile in misura totale anche come casalinga. Il 13 e il 27 aprile 2017 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in psichiatria, ha visto la paziente durante 65 rispettivamente 30 minuti. Nella sua perizia del 26 maggio 2017 ha riassunto i certificati medici determinanti, ha esposto i dati clinici, ha riportato le conseguenze sulla capacità di lavoro descrivendo le risorse e i deficit secondo lo schema MINI ICF-APP, ha esposto la terapia psicofarmacologica assunta, la descrizione delle attività e delle abitudini, il trattamento psichiatrico attuale e le sue constatazioni. Nelle conclusioni la psichiatra ha indicato di non ritrovare criteri diagnostici per un disturbo depressivo endogeno o reattivo conclamato, ma una condizione di ansia, mista a momento di lieve riduzione del timismo, con normali momenti di sconforto e demoralizzazione viste le condizioni fisiche attuali, ma che non hanno determinato uno sconfinamento psicopatologico. Pertanto, essa ha posto soltanto una diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, individuando un disturbo d'ansia generalizzata (ICD-10; F41.1) e altri disturbi dell'alimentazione (ICD-10; F50.8). La capacità lavorativa psichica era quindi del 100%. Da ultimo, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, ha esaminato l'assicurata il 2 maggio 2017 e l'indomani ha riportato nella sua perizia l'anamnesi attuale, per sistemi, sociale recente, le limitazioni soggettive, lo status (internistico, neurologico, rachide, spalle, mani, anche, ginocchia) e la radiologia eseguita nel 2016. La diagnosi era di sindrome lombovertebrale cronica con/su spondilosi bilaterale di L5 con listesi grado I e avanzata osteocondrosi L5/S1, stato dopo stenosi del neuroforame L5 ddp nell'ambito della spondilolistesi e dell'ostecondrosi sottogiacente, decompressione e fusione intervertebrale L5/S1 con gabbie e strumentazione posteriore (TLIF) il 9 marzo 2015, materiale di osteosintesi in buona posizione senza segni di scollamento, lieve sovraccarico meccanico delle articolazioni sacroiliache attualmente soprattutto a destra, disturbo di percezione e amplificazione del dolore attualmente in primo piano e dolori soggettivi al momento dell'anamnesi SAV 10/10. Il perito ha commentato che si trattava di una lombalgia cronica cronificata e che l'intervento chirurgico del 2015 era ben riuscito. Non v'erano dunque chiari motivi per spiegare la persistenza di dolori così importanti e delle limitazioni funzionali descritti dalla paziente. Secondo il reumatologo, si trattava verosimilmente di un disturbo di percezione ed elaborazione del dolore nell'ambito del processo di cronificazione. Il dolore quantificato di 10/10 non corrispondeva a un aspetto asofferente della paziente durante l'anamnesi e l'esame clinico. L'esperto ha valutato che l'assicurata, come assistente di produzione e in attività di segretariato adatte ergonomicamente e con possibilità di cambiare posizione al bisogno e brevi pause supplementari, era abile al lavoro a tempo pieno con rendimento ridotto al massimo nella misura del 20% a causa dei problemi a carico della colonna lombare. Come impiegata di banca attiva in un call center, sempre che vi fosse la possibilità di alzarsi di tanto in tanto rispettivamente di effettuare brevi pause per sgranchirsi, l'assicurata era abile a tempo pieno

con una riduzione del rendimento che poteva raggiungere al massimo il 25%. Come casalinga era inabile al lavoro al massimo in misura del 25% tenendo conto dei lavori più pesanti che dovevano essere delegati ogni due settimane a una persona esterna. Dal 26 settembre 2013 al 1° ottobre 2015 era totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività per la problematica oncologica poi dell'intervento chirurgico al rachide. Dal 2 ottobre 2015 la incapacità lavorativa era del 50% come salariata e del 60% come casalinga. La nuova valutazione faceva stato dal suo consulto e teneva conto dei buoni risultati oggettivi dell'intervento in presenza di un disturbo di percezione ed elaborazione del dolore. L'assicurata era leggermente limitata in posizioni statiche molto prolungate, spostamenti molto ripetitivi a piedi o con altri mezzi di trasporto. Erano limitate le posizioni inergonomiche prolungate come il piegarsi in avanti e rialzarsi ripetutamente e i movimenti di torsione del tronco se ripetuti in modo frequente, fortemente limitati i lavori pesanti a mediamente pesanti e leggermente limitati i lavori leggeri. Non v'erano possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute, mentre era auspicabile effettuare provvedimenti di integrazione professionale, ad esempio come assistente di produzione che le era piaciuto molto. Il perito ha osservato che le limitazioni funzionali soggettive non corrispondevano all'effettivo danno alla salute oggettivo, così come i dolori quantificati in 10/10 discordavano dall'aspetto non sofferente mostrato dall'assicurata. V'era verosimilmente una amplificazione dei sintomi. I periti del Servizio Accertamento Medico hanno avuto modo di discutere collegialmente del caso in modo esaustivo e hanno concluso che solo la patologia reumatologica aveva un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata e conseguentemente il SAM ha ripreso la diagnosi posta dal dr. med. \_\_\_\_\_, elencando anche le diagnosi senza influsso. Nella valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa nella precedente attività, gli esperti hanno ritenuto che l'assicurata presentava una capacità lavorativa dell'80% come impiegata di banca e assistente di produzione, mentre nella misura del 75% come impiegata di banca in un call center. Le limitazioni funzionali erano unicamente dovute alla patologia reumatologica. Tali capacità erano da intendere dal maggio 2017 come riduzione del rendimento lavorativo. Per quanto riguarda la sua capacità lavorativa di integrazione in attività adeguate al suo stato di salute, dal maggio 2017 l'assicurata era abile in misura del 75-80%, riduzione della capacità dovuta unicamente alla patologia reumatologica, ossia a dolori persistenti dopo chirurgia lombare, oggettivamente ben riuscita e senza complicazioni. Erano date le limitazioni funzionali individuate dal perito. In ambito domestico l'assicurata risultava abile al 75% sempre a causa della patologia reumatologica. Il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto nel rapporto finale del 17 ottobre 2017 (doc. 177) che l'assicurata dal 2 maggio 2017 era inabile al 15-20% nella sua attività abituale e in altre attività adeguate, come casalinga al 25%, limitazioni intese come riduzione del rendimento. L'intervento di rimozione dei mezzi di osteosintesi L5/S1 di fine novembre 2017 (doc. 186), che ha comportato un breve periodo di inabilità, non ha modificato le conclusioni dell'SMR (doc. 187). L'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica che ha avuto luogo il 4 dicembre 2017, di cui l'assistente sociale ha riferito nel rapporto del 1° febbraio 2018 (doc. 193), ha stabilito che il grado di invalidità parziale era del 25%. Il progetto di decisione che ne è seguito il 12 febbraio 2018 (doc. 194) ha soppresso la rendita di invalidità di cui beneficiava l'assicurata, avendo calcolato un grado AI complessivo del 23%. Il 12 aprile 2018 (doc. 201) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurochirurgia, ha diagnosticato un'insufficienza della muscolatura lombare con la mobilità della colonna lombare limitata in inclinazione a causa dei dolori; non v'erano deficit

neurologici. Per tali motivi, a suo dire non era ragionevole lavorare più del 50%, mentre era indicato avere la possibilità di cambiare regolarmente la posizione al lavoro, evitare lavori e posizioni inclinate e non sollevare carichi con più di 5kg. Ha consigliato all'assicurata di procedere con il trattamento fisioterapico per rinforzare la muscolatura addominale e paraspinale, per migliorare il busto interno muscoloso che dà stabilità alla colonna e di aggiungere anche terapia in acqua. Su invito dell'SMR (doc. 204), il 5 giugno 2018 (doc. 216) il Servizio Accertamento Medico si è pronunciato su questi referti dopo avere interpellato il dr. med. \_\_\_\_\_, che concordava con un'insufficienza muscolare e quindi con l'utilità di un programma di rinforzo. Egli dubitava però fortemente che un nuovo intervento per via anteriore potesse migliorare la situazione. Dopo la rimozione del materiale di osteosintesi di fine 2017 - che e a suo dire non era la causa dei dolori della paziente - v'era effettivamente un rischio di instabilità e quindi per il reumatologo la situazione era cambiata rispetto a quando egli ha valutato l'assicurata, motivo per cui era necessaria una rivalutazione a oltre un anno da quel consulto, essendo possibile un peggioramento della situazione. Nel rapporto peritale bidisciplinare dell'11 marzo 2019 (doc. 233) il SAM ha esposto la valutazione dell'assicurata avvenuta il 30 luglio e il 28 agosto 2018, riportando, in particolare, lo status, gli esami di laboratorio e radiologici effettuati dai periti. Secondo il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale, le diagnosi internistiche non comportavano né una limitazione della capacità lavorativa né limitazioni funzionali nell'attività abituale, ma nemmeno in altre attività adeguate. La capacità lavorativa dell'assicurata era totale e la situazione era invariata rispetto alla precedente perizia SAM del 2017. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha riesaminato l'assicurata e ha rilevato che dopo l'intervento di rimozione dei mezzi di sintesi il quadro clinico era rimasto invariato con dolori soggettivi a 10/10 situati soprattutto a livello del sacro. Era in corso una fisioterapia con misure attive. Per il reumatologo, fatta eccezione per il periodo di convalescenza dopo l'intervento neurochirurgico con incapacità lavorativa di al massimo tre mesi, la situazione era stabile e invariata rispetto alla precedente valutazione peritale. Non era indicato un nuovo intervento di stabilizzazione per via anteriore. L'assicurata era pertanto abile per 8 ore 30 al giorno, con una limitazione della capacità di rendimento di al massimo il 20% a causa dei dolori lombari e delle difficoltà che ne derivavano in posizioni statiche da seduta. Era necessaria qualche pausa supplementare per cambiare posizione e per sgranchirsi. La situazione era dunque invariata rispetto alla valutazione del 2017, fatta eccezione per il periodo di convalescenza dopo l'intervento neurochirurgico. In attività adeguata, quindi leggera, ergonomica e variata, come un lavoro d'ufficio che permetteva un adattamento ergonomico e variazioni di posizione, l'assicurata poteva lavorare per 8 ore 30 al giorno, con una riduzione massima del 20%. In rapporto a un grado di occupazione del 100%, l'abilità era quindi dell'80%. Lo specialista ha poi indicato i limiti funzionali, che erano invariati rispetto a un anno prima. La diagnosi posta era dunque identica a un anno prima, con l'aggiunta di un'incipiente osteocondrosi L4-L5 e della rimozione del materiale di osteosintesi avvenuta il 3 novembre 2017. Nel complesso, quindi, era solo la patologia reumatologica ad incidere sullo stato di salute dell'assicurata. Il 14 marzo 2019 (doc. 235) il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale si è dunque attenuto a queste conclusioni e ha stabilito che il grado di incapacità lavorativa era del 20% dal 2 maggio 2017, poi del 100% dal 3 novembre 2017 e nuovamente del 20% dal 1° febbraio 2018, e ciò sia in attività abituale sia in attività adeguate e anche nello svolgimento di mansioni consuete, da intendere come riduzione del rendimento su un'attività esercitata a tempo pieno. La prognosi lavorativa era stazionaria, le limitazioni prevedevano un carico massimo

di 10kg e la necessità dell'alternanza della postura, che però era già inclusa nella valutazione medica, mentre nessuna necessità di pause supplementari. Sulla scorta di queste considerazioni, l'indomani l'Ufficio AI ha confermato la soppressione della rendita di invalidità in presenza di un grado AI complessivo del 23%. 2.10. Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute della ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno dal 2 maggio 2017 in poi. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'Ufficio AI l'abbia accuratamente vagliato prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Va innanzitutto rilevato che appena terminata la raccolta della documentazione medica presso i curanti dopo la segnalazione della ricorrente che il suo stato di salute era peggiorato, il medico SMR ha intravisto la necessità di sottoporla a una perizia pluridisciplinare in campo reumatologico, neurologico, oncologico e psichiatrico, valutazione che è avvenuta nel corso del 2017. Gli specialisti che si sono pronunciati sul suo stato di salute hanno preso in esame i referti medici allestiti dai curanti fino a quel momento così come risulta dall'elenco degli atti messi a disposizione del Servizio Accertamento Medico. In quell'occasione, gli esperti si sono pronunciati compiutamente e dettagliatamente sulle condizioni di salute della ricorrente, valutandola di persona ed eseguendo, laddove necessario, degli esami di laboratorio e analizzando gli esami radiologici effettuati in precedenza da terzi. La sola patologia di cui era affetta l'assicurata e che aveva delle conseguenze invalidanti sulla sua capacità lavorativa era di carattere reumatologico, che a causa dei dolori persistenti la limitava nelle posizioni statiche molto prolungate, negli spostamenti a piedi o con altri mezzi di trasporto, nell'assumere posizioni non ergonomiche prolungate come piegarsi in avanti, rialzarsi ripetutamente e movimenti di torsione del tronco se ripetuti in modo frequente, nell'effettuare lavori pesanti. A seguito dell'intervento di rimozione dei mezzi di osteosintesi del novembre 2017 e del referto dell'aprile 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che attestava un'insufficienza muscolare con squilibrio sagittale, l'assicurata è stata nuovamente peritata dal reumatologo dr. med. \_\_\_\_\_ a fine agosto 2018, il quale non ha ritenuto che vi fosse un peggioramento dalla sua precedente valutazione di quasi un anno e mezzo prima ma, anzi, che la situazione fosse stabile e invariata, fatta eccezione per il periodo di convalescenza dopo l'intervento neurochirurgico del 2017. Sia i limiti funzionali sia la capacità in attività abituale e in attività leggere, ergonomiche e variate sono rimasti gli stessi, come in un lavoro d'ufficio che permettesse un adattamento ergonomico e variazioni di posizione. L'assicurata era abile a tempo pieno, quindi sull'arco di una giornata, ma con un rendimento dell'80%. Occorre evidenziare 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 perciò tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018;

32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Con il suo ricorso l'assicurata si è limitata a sostenere di non essere in grado di lavorare al 100% sebbene la sua voglia fosse di rientrare nel mondo del lavoro, ma ha osservato che le sue condizioni di salute non glielo permettevano. Non riusciva a stare seduta per più di due ore a causa dei forti dolori e quindi trovare un'occupazione a lungo termine risultava difficile. Anche stare in piedi a lungo le era difficile. Il Tribunale evidenzia che la ricorrente si è però limitata ad esporre delle limitazioni di carattere soggettivo, non suffragandole da documentazione clinica medica che potesse oggettivare i suoi disturbi e le sue difficoltà fisiche. Il TCA ricorda inoltre che la sintomatologia algica denunciata dall'insorgente a livello del rachide è stata debitamente vagliata dall'esperto reumatologo nominato dall'Ufficio AI in ben due occasioni a distanza di oltre un anno l'una dall'altra. Il perito ha potuto quindi valutare la presenza di un eventuale peggioramento successivo all'intervento neurochirurgico, circostanza che egli ha però escluso, confermando invece che la situazione era stabile e invariata dal 2 maggio 2017, quando ha evidenziato un'amplificazione dei sintomi da parte della paziente. Da quanto precede discende che non è comprovata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal perito reumatologo, che ha stabilito l'abilità lavorativa dell'assicurata in qualsiasi attività essere del 100% dal 2 maggio 2017, riservata una riduzione del 20% per i dolori lombari e le difficoltà che ne derivavano in posizioni statiche da seduta, visto che l'interessata ha affermato di non potere stare seduta per più di due ore. Questo grado di capacità lavorativa era valido per l'attività svolta fino a quel momento e in attività adeguate rispettose di alcuni limiti funzionali, così come nelle mansioni consuete di casalinga. Questa conclusione è stata altresì confermata dal rapporto finale SMR del 14 marzo 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, che ha valutato attentamente i rapporti peritali raccolti dall'Ufficio AI e che non l'hanno portato a modificare la sua diagnosi, ma solo a ritoccare leggermente i gradi di incapacità lavorativa stabiliti precedentemente, fissandoli al 20% in tutte le attività. Non v'è quindi alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il perito reumatologo, che ha più volte esaminato in maniera chiara e completa lo stato di salute dell'insorgente e le ripercussioni sulla sua capacità lavorativa e ha osservato che le limitazioni funzionali soggettive non corrispondevano al danno alla salute oggettivabile dal profilo reumatologico. V'era una discordanza tra i dolori riferiti dall'assicurata e il suo aspetto che non era sofferente; anche l'assenza di una problematica legata all'intervento lombare non spiegava l'intensità dei dolori e le limitazioni funzionali lamentate. D'avviso del dr. \_\_\_\_\_ v'era un disturbo di percezione ed elaborazione del dolore. Stando così le cose, per quanto concerne l'aspetto medico non è comprovata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal perito reumatologo, che ha stabilito un'abilità lavorativa dell'assicurata come impiegata di banca e assistente di produzione del 100% dal 2 maggio 2017, ritenuta una riduzione per dolori lombari del 20%. In altre attività adeguate nel rispetto dei limiti funzionali e di carico stabiliti dal reumatologo, confermate dal Servizio Medico Regionale il 14 marzo 2019, l'assicurata risulta abile a tempo pieno, ma sempre con una riduzione del 20% del rendimento. I gradi di inabilità lavorativa così determinati vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di impiegata quanto in attività adeguate e pure nelle mansioni consuete come casalinga. Non è data quindi un'incapacità lavorativa maggiore. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici,

validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dalla ricorrente. Il Servizio Medico Regionale ha in effetti avuto modo più volte di pronunciarsi sull'intera questione e, soprattutto, ogni qualvolta che l'assicurata trasmetteva nuova documentazione medica all'attenzione dell'amministrazione. Quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b), l'SMR non ha ammesso uno stato di salute peggiore rispetto a quello determinato dai medici curanti dell'assicurata.

2.11. Per quanto concerne l'aspetto economico, esso non è stato contestato come tale dall'assicurata (che ha preteso che, sulla base della sua incapacità lavorativa che a suo dire è maggiore rispetto a quella ritenuta dall'Ufficio AI, non dovrebbe esserle soppressa la mezza rendita), così come non sono stati messi in dubbio i gradi di impedimento nello svolgimento delle mansioni consuete accertate dall'assistente sociale nel dicembre 2017 e il grado parziale finale (25%), che peraltro è simile al grado di incapacità lavorativa medica stabilito dal SAM (20%) e ripreso dall'SMR. Tuttavia, anche se non contestato dalla ricorrente, il calcolo svolto dall'amministrazione non può essere condiviso e confermato dal TCA, non essendo rispettoso dei principi giurisprudenziali in materia di metodo misto. Va infatti evidenziato che nella STF 9C\_293/2007 del 20 maggio 2008, il Tribunale federale ha annullato la decisione cantonale - con la quale il primo giudice aveva dimezzato la rendita spettante ad un'assicurata (anziché ridurla ad un quarto, come deciso dall'Ufficio AI), dopo avere raffrontato il reddito che avrebbe potuto percepire l'assicurata, lavorando al 100% nella sua usuale attività (ma che ella esercitava al 50%) con quanto avrebbe potuto guadagnare, al 50%, in attività adeguate - sottolineando che nel raffronto dei redditi, in applicazione del metodo misto, occorre confrontare quanto l'assicurata avrebbe potuto guadagnare nella sua attività esercitata a tempo parziale, con quanto può conseguire in attività adeguate al suo stato di salute. Il risultato così ottenuto va poi rapportato alla quota parte in attività salariata. L'Alta Corte ha infatti rilevato che: " 4.5 A ragione l'Ufficio ricorrente rimprovera al primo giudice di avere contrapposto al reddito da invalida (incontestato) di fr. 18'162.- (ottenuto tenendo conto di una ridotta capacità [v. consid. 4.3] di svolgere attività semplici, leggere e poco qualificate come ad esempio quella di ausiliaria delle pulizie, stiratrice, ausiliaria di lavanderia, custode ecc.) un reddito senza invalidità a tempo pieno. Tale valutazione è giuridicamente errata e contraria alla giurisprudenza sviluppata in applicazione del metodo misto, secondo la quale per la valutazione dell'invalidità in ambito lucrativo fanno stato i redditi da valido e da invalido determinati sulla base temporale di un'attività lucrativa parziale (ipoteticamente) esercitata senza danno alla salute ( DTF 125 V 146 consid. 2b pag. 150; cfr. pure DTF 131 V 51 consid. 5.1.2 pag. 53 nonché le sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 708/06 del 23 novembre 2006, consid. 4.5, e I 599/05 del 6 febbraio 2006, consid. 4.1). Determinante per l'accertamento del reddito senza invalidità non è infatti quanto l'assicurato potrebbe ragionevolmente guadagnare in qualità di persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, bensì quanto egli ipoteticamente, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, guadagnerebbe senza danno alla salute (cfr. DTF 133 V 504 consid. 3.3 e Pra 1992 no. 224 pag. 877 consid. 4a). 4.6 Dovendo, in esito a quanto precede, correggere di conseguenza il reddito da valida in fr. 27'800.- (50% di fr. 55'600.-), la limitazione (34.67%) e l'invalidità parziale (17.33% [50% di 34.67]) in ambito lucrativo risultano effettivamente essere quelle indicate dall'UAI. Il tasso d'invalidità complessivo si attesta pertanto, per arrotondamento ( DTF 130 V 121 ), al 41% (17.33% + 23.25%) e giustifica la riduzione, per via di revisione, a un quarto del diritto alla rendita dell'assicurata. In tali

circostanze non occorre per contro verificare ulteriormente l'eventuale limitazione residua e l'invalidità parziale con riferimento alla specifica attività di ufficio (sull'obbligo per l'assicurato di ridurre il danno e sull'applicabilità, per la determinazione del reddito da invalido, dei dati forniti dalle statistiche salariali dell'ISS se la persona interessata non sfrutta in maniera completa e ragionevolmente esigibile la capacità lavorativa residua cfr. DTF 126 V 75 consid. 3b pag. 76 seg. con riferimenti; 123 V 230 consid. 3c pag. 233).”.

Come da ammissione dell'amministrazione con la risposta di causa, i calcoli alla base della determinazione del grado di invalidità dell'assicurata figuranti nella decisione di soppressione della rendita del 15 marzo 2019 sono sbagliati. Infatti, per il periodo fino al 31 dicembre 2017, l'Ufficio AI ha proceduto a una doppia riduzione del 50% per la parte salariata. Dal 1° gennaio 2018, poi, per il reddito da invalido non si è basato sul reddito statistico, ma ancora sul reddito da valido. Ciò porta il TCA a dovere ricalcolare la perdita di guadagno sia prima sia dopo la modifica normativa del 1° gennaio 2018. Per il periodo dal 2 maggio 2017 al 31 dicembre 2017, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurata abile a tempo pieno, ma con una resa ridotta del 20%. In rapporto a un grado di occupazione del 100%, la capacità lavorativa era dunque dell'80%, sia nell'attività svolta sia in altre adeguate. Il calcolo economico effettuato dall'Ufficio AI nella risposta di causa giunge all'assenza di una perdita di guadagno, potendo l'interessata conseguire un reddito maggiore lavorando all'80% (Fr. 73'884 x 80 : 100) rispetto al salario percepito nell'attività abituale svolta al 50% (Fr. 38'963.-). Per la parte salariata il grado di invalidità parziale è quindi nullo (50% x 0%). Ne risulta dunque un grado AI complessivo del 12,5%, pari alla somma del grado parziale come casalinga (50% x 25%) e del grado parziale per la parte salariata (0%). La ricorrente non ha perciò più diritto alla rendita di invalidità. Dal 1° gennaio 2018, con il nuovo metodo misto di calcolo, occorre applicare le nuove norme di cui all'art. 27 e 27bis OAI. L'amministrazione ha calcolato il reddito da valida dell'assicurata sulla base dei dati forniti dal datore di lavoro, che il 23 ottobre 2017 (doc. 179) ha affermato che il salario lordo annuo per gli anni 2016 e 2017 sarebbe stato di Fr. 38'963.- lavorando al 50% come "collaboratrice di linea diretta". Correttamente ritenuto in ragione del 100% secondo i nuovi disposti legali in vigore dal 2018 (art. 27bis cpv. 3 OAI.), si deve considerare un reddito di Fr. 77'926.-. Quanto al reddito ipotetico da invalida, sulla base dei dati statistici risultanti dalla Tabella TA1\_tirage\_skill\_level del 2014 relativa al settore dei servizi finanziari, attività ausiliarie, categoria 64,66, donna, l'Ufficio AI ha riportato il salario di Fr. 5'873.- conseguibile su 41,5 ore lavorative alla settimana nel 2014 in quel settore e poi sull'anno (Fr. 5'873 : 40 x 41,5 x 12 = Fr. 73'119), aggiornando il dato ottenuto al 2016 e ricavando così un reddito annuo di Fr. 73'884.-. Tenuto conto della riduzione di rendimento per motivi medici del 20%, è giunto a un reddito ipotetico da invalida di Fr. 59'107.-. Il TCA si attiene a questo risultato, poiché anche aggiornando il reddito statistico al 2018 il risultato non cambierebbe, così come anche volendo ipoteticamente considerare una riduzione del 10% per motivi personali stante la limitazione per attività leggere. Dal raffronto dei redditi si giunge a un grado di invalidità parziale per la parte salariata del 24,14% ((Fr. 77'926 [reddito da valida riportato al 100%] - Fr. 59'107 [reddito da invalida]) : Fr. 77'926 x 100). Tenuto conto, per la parte casalinga, del grado di invalidità parziale stabilito dall'inchiesta domiciliare nel 25%, dal 1° gennaio 2018 il grado di invalidità globale è dunque del 24,57% (50 [parte salariata] x 24,14% [impedimento parte lucrative] + 50 [parte casalinga] x 25% [tasso di impedimento nelle mansioni consuete]), arrotondato al 25% . 2.12. Sulla scorta di quanto esposto, questo grado AI - seppure differisca minimamente con quanto stabilito dall'Ufficio AI con la risposta di causa in sostituzione di quanto indicato nella decisione del

15 marzo 2019 -, non dà più diritto ad una rendita. È pertanto a buon diritto che la mezza rendita di cui la ricorrente era al beneficio dal 2014 è stata soppressa con effetto dalla fine del mese seguente la notifica della decisione stessa, quindi dal 1° maggio 2019. Il ricorso deve pertanto essere respinto. 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 della ricorrente.

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