

## **TI\_GERICHTE 32.2010.99 vom 8. März 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-03-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.99)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.99 du 8 mars 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.99 del 8 marzo 2010

### **Regeste**

L'Ufficio AI respinge richiesta di rendita in difetto di invalidità rilevante. Ricorso respinto dal TCA

### **Erwägungen**

#### **E. 46**

). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1). 2.5. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata a entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108

consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, p. 84-86; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, p. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 p. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffhauser/ Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, p. 15; DTF 117 V 198).

2.6. Nella fattispecie in esame, in occasione della prima domanda di prestazioni inoltrata nel gennaio 2002, in base agli accertamenti medici esperiti, l'amministrazione aveva concluso che l'assicurata era da considerare totalmente incapace al lavoro in qualità di venditrice o parrucchiera, mentre che in attività leggere adeguate e rispettose delle limitazioni fisiche dettate dal danno alla salute, risultava abile nella misura del 70%. L'Ufficio AI si era basato sulla documentazione medica agli atti e in particolare sulle valutazioni del dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, per il quale l'assicurata era affetta da "Sindrome lombospondilogenica cronica con sciatalgie intermittenti di topografia S1 a destra, stenosi del recesso L4/L5 a destra su ernia discale L5/S1 e possibile prolasso laterale, sindrome delle gambe irrequiete e crampi agli arti inferiori, sindrome toracospondilogenica cronica, obesità" oltre a "Sindrome del tunnel carpale a destra e stato dopo lussazione del gomito destro nell'estate 2003" e, di conseguenza, dal settembre 2001 inabile totalmente nell'attività di parrucchiera e di commessa e attività analoghe, mentre che restava in grado di svolgere nella misura del 70% un'attività leggera e adatta, prevalentemente sedentaria cioè "un'attività che permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena, che eviti posizioni statiche prolungate in piedi, che eviti la posizione da seduta oltre un'ora senza pause adeguate per sgranchirsi, che eviti movimenti ripetitivi di flessione/estensione o rotazione del tronco" (rapporto del 2 febbraio 2003, doc. AI 19; rapporto del 3 dicembre 2004, doc. AI 42). La consulente in integrazione professionale, in data 15 aprile 2005, aveva quindi concluso per un grado di invalidità del 37% (doc. AI 44-3). Il TCA, nella sua sentenza del 25 settembre 2006, ha sostanzialmente confermato la decisione dell'AI, pur correggendo i redditi annui da porre a confronto [(fr. 48'100.-- quale reddito da valida nel 2005 e fr. 29'428.90 quale reddito da invalida sempre nel 2005 (70% di 49'048.20 e dedotto il 10%)] ottenendo un'incapacità al guadagno del 38.82%  $(48'100 - 29'428.90 \times 100 : 48'100)$  da arrotondare al 39% (inc. 32.2005.212). A seguito della nuova domanda di prestazioni presentata dall'assicurata nel maggio 2008, segnalato un peggioramento a livello lombare da parte del medico curante dr.ssa \_\_\_\_\_, l'Ufficio AI ha dato mandato di esperire una valutazione al dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, il quale, nella perizia del 23 dicembre 2008, ha concluso: "(...) 4. Diagnosi Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale con componente radicolare irritativa S1 a destra in - Alterazioni degenerative del rachide lombare (spondilartrosi L3/4, discopatia L4/5 con bulging discale asimmetrico prevalente verso destra con possibile contatto con la radice L4 e L5 a destra, discopatia L5/S1 con protrusioni discali mediana e paramediana verso destra con possibile conflitto radicolare S1 a destra, spondilartrosi soprattutto a destra) - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale e della lombare con minima scoliosi destroconvessa dorsale, sinistroconvessa lombare) - Decondizionamento muscolare - Obesità (peso 108 kg / statura 168,5 cm)

Sindrome cervicovertebrale parzialmente spondilogenica intermittente in - Componente miofasciale al muscolo trapezio (parte trasversa) a sinistra - Disturbi statici del rachide  
Sindrome femoropatellare bilaterale prevalente a destra - Obesità (peso 108 kg / statura 168,5 cm) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione

Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento massimo del 100 %, a decorrere dal mese di ottobre 2007, allorché veniva riferito un peggioramento dello stato di salute. Nella sua ultima attività principale come venditrice presso la Coop, a seguito dei limiti funzionali e di carico citati nell'allegato, giudico l'assicurata inabile al lavoro nella misura del 50 % dall'ottobre 2007, da intendere come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale. Come parrucchiera, attività primaria esercitata fino nel 1990, giudico l'assicurata, a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati nell'allegato, inabile al lavoro nella misura del 70 %, sempre da intendere come diminuzione del rendimento in un'attività svolta sull'arco di una giornata lavorativa normale, a decorrere dall'ottobre 2007. Come casalinga, giudico l'assicurata, sempre a decorrere dall'ottobre 2007, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 30 %." (Doc. AI 82/10-11)

Il medico SMR ha osservato in data 19 gennaio 2009: " (...) Valutazione Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico sono state ritenute le diagnosi sopra elencate. È sicuramente auspicabile, dapprima ridurre il carico indotto sul passaggio lombosacrale rispettivamente sulle articolazioni delle estremità inferiori, dal sovrappeso di 40 kg; questa misura permetterà di diminuire i dolori lombari rispettivamente faciliterà il ricondizionamento muscolare progressivo auspicabile alla cerniera addominale, permetterà inoltre di lenire i dolori attualmente presenti alle ginocchia dove è proponibile una ginnastica specifica per il quadricipite. In un lavoro adatto allo stato di salute, che prenda in considerazione i limiti funzionali descritti nell'allegato della perizia del dr. \_\_\_\_\_ l'assicurata è abile al lavoro nella misura del 100 % con un rendimento massimo del 100 %, a decorrere dal mese di ottobre 2007, allorché veniva riferito un peggioramento dello stato di salute. Nella sua ultima attività principale come venditrice presso la \_\_\_\_\_, a seguito dei limiti funzionali e di carico citati nell'allegato, l'A è inabile al lavoro nella misura del 50% dall'ottobre 2007, da intendere come diminuzione del rendimento in un'attività sull'arco di una giornata lavorativa normale. Come parrucchiera, attività primaria esercitata fino al 1990, a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati nell'allegato, l'A è inabile nella misura del 70 %, sempre da intendere come diminuzione del rendimento in un'attività svolta sull'arco di una giornata lavorativa normale, a decorrere da ottobre 2007. Come casalinga, l'A è abile al 100 % sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con diminuzione del rendimento del 30 %, a decorrere da ottobre 2007." (Doc. AI 83/3)

Interpellato il consulente IP, il quale ha concluso per un grado di invalidità dell'8%, mediante la decisione contestata l'amministrazione ha negato la concessione della rendita e di provvedimenti professionali (doc. AI 88 e sopra consid. 1.2). In sede di ricorso l'assicurata ha prodotto nuova documentazione medica, segnatamente certificati della dr.ssa \_\_\_\_\_ e del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (V).

2.7. 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, 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 p. 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 TFA 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, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 pp. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, p. 453). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pp. 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 p. 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 p. 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 p. 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 p. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 p. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, p. 230). 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). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, p.

174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. 2.8. Nella fattispecie, per quanto concerne le patologie principali di cui è affetta la ricorrente, vale a dire “Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale con componente radicolare irritativa S1 a destra, Sindrome cervicovertebrale parzialmente spondilogenica intermittente, Sindrome femoro patellare bilaterale prevalente a destra”, questo TCA, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_, specialista nella materia che qui interessa, che ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata. Accertate le suesposte diagnosi, lo specialista ha concluso che era possibile esigere dall'assicurata l'esecuzione di lavori leggeri, sull'arco di tutta la giornata, rispettosi dei limiti funzionali descritti nell'allegato, mentre che l'attività di venditrice era ritenuta esigibile “solo” nella misura del 50%, quella di parrucchiera del 30% e quella di casalinga del 70% (cfr. consid. 2.6). \_\_\_\_\_ il dr. \_\_\_\_\_ ha sottoposto la richiedente ad una valutazione approfondita ed accurata, stilando un dettagliato rapporto medico reumatologico in cui è stato accertato che la ricorrente, affetta dalle citate diagnosi lombo-radicolari, era da considerare limitata, da ottobre 2007 (allorquando aveva lamentato un peggioramento delle sue condizioni), nel sollevamento di pesi medio-pesanti o di attrezzi pesanti, in attività a braccia elevate, in posizione eretta, nei movimenti di rotazione, in attività implicanti l'effettuazione di lunghi tragitti a piedi o il salire e scendere scale o ponteggi. In lavori leggeri, rispettosi di tali limiti, l'assicurata poteva essere attiva in misura completa, con rendimento completo, mentre che quale venditrice era da ritenere limitata nella misura del 50% e come parrucchiera del 70%. Nelle sue conclusioni il perito ha sottolineato la necessità per l'assicurata di ridurre il peso corporeo, riduzione che permetterebbe di diminuire i dolori lombari facilitando il ricondizionamento muscolare progressivo auspicabile alla cerniera addominale e lenire i dolori alle ginocchia (doc. AI 82 e consid. 2.6). A tale perizia, ben motivata, che non evidenzia contraddizioni e non si può affermare essere fondata su accertamenti di fatto errati, può senz'altro essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai succitati criteri stabiliti dalla giurisprudenza (consid. 2.7). Va detto che gli specialisti interpellati in occasione della prima domanda di prestazioni erano giunti ad analoghe conclusioni in merito alle diagnosi e alle limitazioni da rispettare dall'assicurata nell'espletamento di un'attività lavorativa, pur concludendo per un'abilità lavorativa residua inferiore. Secondo il dr. \_\_\_\_\_ infatti l'assicurata era da considerare totalmente incapace al lavoro in qualità di venditrice o parrucchiera, mentre che in attività leggere adeguate e rispettose delle limitazioni fisiche dettate dal danno alla salute, la stessa risultava abile nella misura del 70%. L'attività idonea era un'attività prettamente sedentaria “che permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena, che eviti posizioni statiche prolungate in piedi, che eviti la posizione da seduta oltre un'ora senza pause adeguate per sgranchirsi, che eviti movimenti ripetitivi di flessione/estensione o rotazione del tronco” (rapporto del 2 febbraio 2003, doc. AI 19; rapporto del 3 dicembre 2004, doc. AI 42). La dettagliata ed approfondita valutazione del dr. \_\_\_\_\_ non è del resto stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti una diversa valenza invalidante delle medesime patologie o un peggioramento delle stesse. Quanto prodotto dalla ricorrente al fine di dimostrare, a suo modo di vedere, la sua inabilità al lavoro a causa delle patologie che la affliggono, difatti, non è in grado di sovvertire le conclusioni dei periti o attestare un

peggioramento rispetto a quanto valutato in sede peritale. In effetti le certificazioni del 15 dicembre 2009 e del 7 aprile 2010 del medico curante dr.ssa \_\_\_\_\_, generalista, per la quale in sostanza la sua paziente sarebbe inabile nella misura del 50% in qualsiasi attività, non fanno in sostanza altro che confermare gli accertamenti esperiti e in definitiva anche le conclusioni tratte dal dr. \_\_\_\_\_, con particolare riferimento alle diagnosi poste, giungendo tuttavia alla conclusione di un'abilità lavorativa residua maggiore (doc. AI 93 e doc. V/1). Ora, a ragione l'Ufficio AI, dopo aver interpellato il medico SMR, ha rilevato come le certificazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_, che peraltro è medico generalista e non è quindi - contrariamente allo specialista interpellato dall'AI - specialista nella materia che qui interessa, non apportino elementi o diagnosi nuovi rispetto a quelli esaurientemente indagati dal perito. In realtà, si tratta in definitiva di una descrizione solo parzialmente diversa del quadro clinico reumatologico/ neurochirurgico e, quindi, in sostanza di una valutazione differente delle conseguenti ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurata. La dr.ssa \_\_\_\_\_ dichiara infatti di non condividere le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_, ma tralascia di esprimersi sulle concrete ripercussioni delle diagnosticate patologie sulla capacità lavorativa, limitandosi a riferire della sintomatologia algica cronica di cui soffre la sua paziente (doc. AI 93). Ribadite l'affidabilità e la completezza della perizia del dr. \_\_\_\_\_, e ricordate peraltro le suesposte considerazioni che si impongono sul tema dell'attendibilità delle attestazioni dei medici curanti degli assicurati (anche se specialisti: cfr. STFA U 2002/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.7), sulla base di dette generiche attestazioni non si può in questa sede dipartirsi dalle conclusioni peritali. Del resto, tali referti non portano alcun elemento nuovo di valutazione né permettono di stabilire con chiarezza un peggioramento dello stato di salute intervenuto successivamente al provvedimento di diniego dell'ottobre 2005 e prima della resa della decisione impugnata, la quale, sia ribadito, delimita il potere cognitivo del giudice ( il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248) . Né del resto le certificazioni del dr. \_\_\_\_\_, neurochirurgo, del 30 marzo 2010 e del suo capoclinica, dr. \_\_\_\_\_, del 15 marzo 2010, permettono di concludere diversamente. Tali scritti riferiscono infatti dei reperti radiologici di controllo effettuati nel marzo 2010 e documentano una situazione "perfettamente sovrapponibile" a quella valutata nel 2007 con conferma delle diagnosi poste dal dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 23 dicembre 2008 e una stabilità del quadro radiologico con assenza di compressione radicolare S1. Anche il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, esaminata la documentazione prodotta dal ricorrente, nelle sue osservazioni del 17 maggio 2010, ha osservato come " l'attuale documentazione presentata in sede di ricorso non mostra una modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto al momento della perizia dr. \_\_\_\_\_. Da notare che l'attuale RM conferma una situazione invariata rispetto a quella presente nel 2007 " (doc. VII/bis). Anche a tale valutazione del medico SMR, eseguita dopo approfondito esame degli atti e supportata da valutazioni specialistiche, può essere fatto affidamento, ove peraltro si ricordi che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 (I 938/05), ha nuovamente evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Né del resto il ricorrente ha prodotto ulteriore documentazione medica rilevante o fatto valere elementi oggettivi che possano in qualche modo mettere in dubbio tali conclusioni o attestare un peggioramento dello stato di salute intervenuto tra la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del 23 dicembre 2008

(doc. AI 82) e la decisione dell'8 marzo 2010. In sostanza si deve dunque ritenere che le ripercussioni sulla capacità lavorativa delle patologie lombo-radicali non abbiano subito un peggioramento (ma semmai un miglioramento) rispetto al momento in cui l'Ufficio AI ha negato il diritto alla rendita con provvedimento 13 ottobre 2005. D'altra parte, va ricordato all'assicurata che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. In conclusione, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze specialistiche, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata 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, pp. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360, 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che sino al momento dell'emanazione del querelato provvedimento l'assicurata presentava una capacità lavorativa medico-teorica completa in attività leggere adeguate e rispettose dei limiti funzionali descritti dal perito, mentre che l'attività di venditrice era esigibile nella misura del 50%, quella di parrucchiera del 30% e quella di casalinga del 70%. 2.9. Per quanto riguarda la determinazione del grado di invalidità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto al consid. 2.4 che precede, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, p. 201). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op. cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Nel caso in esame meritano

sostanziale conferma gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione al fine di determinare il grado di invalidità dell'assicurata. In particolare, il consulente in integrazione professionale, in merito al raffronto dei redditi, nel suo rapporto del 17 novembre 2009 ha concluso quanto segue: " (...) Calcolo CGR - senza (ri)formazione specifica Salario da valido: Come indicato nella sentenza del TCA del 25 settembre 2006, non avendo dei dati precisi, per determinare il reddito da valido si fa riferimento ai dati statistici delle tabelle RSS per un'attività non qualificata. Per l'anno 2008 si determina pertanto un reddito da valido di Fr. 52'130.-. Salario da invalido: A seguito della sentenza del TCA del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La nuova giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica l'assicurato nel 2008 potrebbe realizzare un salario mensile di Fr. 4'167.- (categoria 4.2: attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2 pubblicata in La Vie Economique, 1/2-2006, p. 94) esso ammonta a Fr. 4'344.- mensili oppure a Fr. 52'130.- per l'intero anno. Per gli assicurati che a causa della particolare situazione personale o professionale non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri, e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino ad un massimo del 25% (DTF 126 V 76). La questione a sapere se e in qual misura, nel singolo caso, i salari fondati sui dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente (STF I 870105). Riduzione per attività leggera: Le tabelle RSS di riferimento tengono conto delle attività semplici e ripetitive senza distinguere attività pesanti o leggere. Ora, in regola generale, le attività leggere sono meno remunerate da quelle pesanti. Per cui una riduzione massimo del 10% può essere applicata (sentenza TFA in re 0. 27.3.1996, I 38196), nei casi in cui l'assicurato non è più in grado, a causa del danno alla salute, di effettuare lavori pesanti. Nel caso concreto si ritiene opportuno applicare una riduzione dell' 8%. Riduzione per limitazioni funzionali - riduzione della redditività Le limitazioni funzionali indicate dalla valutazione medico - teorica sono pienamente compatibili con le attività adeguate determinate nella presente valutazione. Riduzione per età e anni di servizio: Il discapito economico dovuto al limitato numero di anni di servizio è influente in quanto il tempo necessario al raggiungimento dei redditi mediani si riduce a pochi anni. Quindi dal mio punto di vista una riduzione del reddito ipotetico da invalido nel caso concreto non è giustificata. Riduzione per nazionalità e permesso di soggiorno: Non è esatto affermare che la totalità degli stranieri guadagna meno rispetto alla totalità degli svizzeri e stranieri (valori mediani delle tabelle RSS). In effetti unicamente i lavoratori con permesso di dimora temporanea (Cat. L) e i lavoratori con permesso di dimora (Cat. B) percepiscono salari inferiori. Anche il discapito economico patito dai lavoratori con permesso per frontalieri (Cat. G) è influente (in media - 2%) e addirittura, in buona parte del settore terziario, i frontalieri percepiscono fino al 18% in più rispetto alla totalità di svizzeri e frontalieri. Nel caso concreto non reputo necessaria una riduzione per questo fattore. Riduzione per tasso d'occupazione: Una riduzione per attività a tempo parziale per le donne non è applicabile. In effetti le lavoratrici a tempo parziale non presentano nessun

discapito economico riferendosi al rapporto tra tempo di lavoro e salario mediamente percepito dalle lavoratrici a tempo parziale. Al contrario, vi sono molte divisioni economiche dove le lavoratrici a tempo parziale sono maggiormente remunerate rispetto al rapporto tra tempo di lavoro e salario mediamente percepito dalle lavoratrici a tempo pieno. Riduzione per GAP salariale: Non siamo in presenza del gap salariale in quanto il salario da valido è stato determinato su base statistica. Riassumendo, considerando un reddito di partenza di Fr. 52'130.-, si applica una riduzione dell'8% per i motivi indicati sopra. Si determina pertanto un salario da invalido di Fr. 47'960.-. Grado d'invalidità:  $52'130 - 47'960 \times 100 = 8\%$  52'130 La signora RI 1 presenta una capacità di guadagno residua del 92% ed un grado d'invalidità dell'8%. (...) (Doc. AI 88/3-4) L'Ufficio AI ha quindi negato un grado di invalidità sufficiente per l'erogazione di una prestazione (doc. AI 90-93). Tali accertamenti e conclusioni, che sono peraltro rimasti incontestati dalla ricorrente, meritano conferma, anche avuto riguardo alla corretta applicazione, nella determinazione del reddito da invalida, dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e delle indicazioni fornite dal TCA nella STCA del 25 settembre 2006 (cfr. STFA I 222/04 del 5 settembre 2006; I 424/05 del 22 agosto 2006). 2.10. Visto quanto precede, la conclusione dell'amministrazione di rifiutare la concessione di una rendita in assenza di un grado di invalidità sufficiente (art. 28 cpv. 1 LAI), essendo basata su sufficienti approfondimenti, non può che essere confermata. Ciononostante va fatto presente all'assicurata che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, comprovato da pertinente documentazione medica, essa potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- vanno poste a carico dell'assicurata.

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