

## **TI\_GERICHTE 32.2015.136 vom 27. Juli 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-07-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.136)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.136 du 27 juillet 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.136 del 27 luglio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

e 3 OAI. Scopo di questo requisito è quello di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). 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 ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86). 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, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, *Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen*, in Schaffhauser/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2;

cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, p. 379). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Va ancora rilevato che con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar 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; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 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 (consid. 5 e 6).

2.4. Nella presente fattispecie, il TCA rileva che l'amministrazione è entrata nel merito della nuova richiesta di rendita di RI 1 (cfr. doc. AI 27-1) e che pertanto, conformemente alla giurisprudenza esposta ai considerandi 2.2 e 2.3, si deve situare al momento in cui l'UAI ha respinto, con decisione del 9 febbraio 2000 (doc. AI 19-1) cresciuta incontestata in giudicato, la prima richiesta dell'assicurata, dato che il suo stato di salute non comportava alcuna incapacità lavorativa né per le attività precedentemente svolte né per altre di uguale impegno. In quell'occasione l'amministrazione si era basata sul rapporto reumatologico del 18 gennaio 2000 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, che - dopo aver posto le diagnosi di " sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni statiche della colonna vertebrale con leggera scoliosi destro convessa nella zona toracale e sinistro convessa nella zona lombare, con componente rotatoria. Presenza di una discopatia a livello L4/L5 ed L5/S1, nonché di una spondilartrosi L5/S1 bilaterale. Possibile iniziale problematica d'instabilità lombare; adipositas permagna; cervicalgie con ripetuti episodi di cefalee e gonalgia bilaterale su possibile condropatia " - ha ritenuto che l'assicurata non presentasse alcuna incapacità lavorativa né nell'attività abituale di cassiera-venditrice né in altre attività lavorative analoghe non qualificate (doc. AI 16-1/3). L'UAI si era parimenti basato sul consulto psichiatrico del 21 gennaio 2000 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che - dopo aver riscontrato una lieve forma depressiva - ha ritenuto che non vi fossero " criteri sufficienti per poter diagnosticare una vera patologia psichiatrica, malgrado il comportamento dell'assicurata negli ultimi anni, con una certa anedonia, rallentamento psicomotorio e tendenza all'isolamento " e, quindi, concluso che non presentava alcuna inabilità lavorativa, con prognosi a medio e lungo termine favorevole (doc. AI 17-1/3). L'amministrazione si era quindi fondata sulla perizia del 25 gennaio 2000 del SAM - in cui erano confluite le precitate valutazioni medico-specialistiche - giusta la quale - poste solo le

diagnosi senza influsso della capacità lavorativa di " sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni statiche della colonna vertebrale con leggera scoliosi destro convessa nella zona toracale e sinistro convessa nella zona lombare, con componente rotatoria; presenza di una discopatia a livello L4/L5 ed L5/S1, nonché di una spondilartrosi L5/S1 bilaterale; possibile iniziale problematica d'instabilità lombare; gonalgia bilaterale su possibile condropatia; adipositas permagna con lieve dislipidemia; lieve reazione depressiva, senza criteri sufficienti per diagnosticare una vera patologia psichiatrica, e tabagismo cronico ", l'assicurata è stata ritenuta abile al 100% nelle attività precedentemente svolte ed in altre di uguale impegno dal 1° marzo 1996 (doc. AI 18-1/9). 2.5. Successivamente alla decisione del 9 febbraio 2000 dell'UAI, RI 1 è stata inabile al lavoro al 100% dal 29 novembre 2011 rispettivamente al 50% dal 5 marzo 2012 a causa di problemi di salute (in particolare: dolori cronici alla schiena con irradiazione a tutte e due le gambe, emicranie frequenti, fibromialgia, disturbi del sonno con apnee notturne; doc. AI 23-1/6 e 25-1/5) nell'attività di venditrice esercitata al 50% (per complessive 21 ore settimanali) dal 1° settembre 2010 per la \_\_\_\_\_ e dal 2 gennaio 2012 per la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 34 2 e 3; 40-1/7 e 41-1). Dopo di che è stata licenziata per carenza di lavoro con effetto a partire dal 1° agosto 2012 (doc. AI 40-2 e 42-1). Con la nuova richiesta di prestazioni del 18 luglio 2012 l'assicurata ha fatto valere un peggioramento del proprio stato di salute, producendo in particolare alcuni certificati rilasciati dai propri medici curanti ed attestanti una totale inabilità lavorativa dal 29 dicembre 2011 al 4 marzo 2012 (cfr. doc. AI 25-1/5). Nel certificato medico del 10 settembre 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e reumatologia, nonché medico curante dell'assicurata dal 25 gennaio al 25 maggio 2012 ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " sindrome lombospondilogenica recidivante su/con: alterazioni degenerative con importante osteocondrosi L5/S1 e condrosi L2/L3 con ernia paramediana sx., protusione discale L4/L5, spondilartrosi agli ultimi 3 livelli; insufficienza muscolare in rapporto al peso; sindrome delle apnee notturne e adiposità permagna " (doc. AI 28-1/10 e 29-1 e 2). Nel certificato medico del 18 ottobre 2012 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna, nonché medico curante dell'assicurata a far tempo dal

### **E. 2.11**

Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito

un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

2.11.1. Nel caso di specie dalla documentazione prodotta emerge segnatamente che il salario percepito da ultimo dall'interessata, prima dell'insorgere del danno alla salute ammontava a fr. 24'308.-- (pari a fr. 2'025.66 per 12 mensilità) per un'attività al 50% (21 ore settimanali) - corrispondente a fr. 48'616.- (pari a fr. 4'051.33 per 12 mensilità) per un'attività al 100% (42 ore settimanali) - ed è stato conseguito nel 2011 (cfr. doc. 34-3 e 34-11). Ora, aggiornando al 2015 tale importo, si ottiene un reddito da valido di fr. 49'932.71 (2012: + 0,8%; 2013: + 0,7%; 2014: + 0,8%; 2015: + 0,4%).

2.12. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)".

Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della

DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. In una sentenza 8C\_695/2015 del 19 novembre 2015, il Tribunale federale ha applicato, per la determinazione dei redditi da raffrontare, l'edizione 2012 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), senza alcuna particolare riserva (si vedano pure, ad esempio, le sentenze UV.2014.00277 del 31 agosto 2015 consid. 3.2.2 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo e 200 2015 853 del 17 dicembre 2015 consid. 4.6.2 del Tribunale amministrativo del Canton Berna). In una sentenza 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 3.4, il Tribunale federale ha confermato l'applicazione da parte del Tribunale amministrativo federale, per la determinazione dei redditi da raffrontare, dell'edizione 2010 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), considerato che la decisione amministrativa litigiosa era stata emessa il 4 gennaio 2013 e l'UAIE non poteva pertanto disporre dei dati del 2012, la cui pubblicazione era avvenuta solo nel corso del mese di ottobre 2014 (cfr. lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, UFAS, del 22 ottobre 2014), consolidando così la giurisprudenza secondo la quale sono determinanti i dati statistici più attuali a disposizione al momento della decisione di rendita (cfr. STF 8C\_78/2015 del 10 luglio 2015 consid 4 e 9C\_526/2015 dell'11 settembre 2015 consid. 3.2.2). 2.12.1. La decisione litigiosa è stata emanata il 27 luglio 2015 e pertanto il reddito da invalido va stabilito facendo capo all'edizione 2012 della Tabella TA1 (cfr. considerando 2.12). Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2012 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di Fr. 49'344.- (Fr. 4 '112.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurata dovrebbe ricevere la rendita di invalidità (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalida si ha per le donne un indice totale pari al 100 per il 2010. Tuttavia, il dato salariale di partenza si riferisce al 2012 (Tabella TA1 2012) e non al 2010, perciò occorre dapprima riportare il salario statistico al 2010 senza il rincaro del 2012 e poi aggiornarlo direttamente al 2015, ultimo dato disponibile. Pertanto, si ha che il salario statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2015 a Fr. 50'359.90 (Fr. 49'344.- : 102 x 104,1) (cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2015, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), applicabile anche al 2015 non avendo un dato riferito a

questo anno, il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna ammonta a Fr. 52'500.20 ( Fr. 50'359,90 : 40 x 41,7 ), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). L'assicurata, quale " commessa-venditrice ", avrebbe realizzato nel 2015 un reddito annuo di fr. 49'932.71 per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa sotto la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 53'777.59; cfr. Tabella TA1 2012, ramo economico 47 "commercio al dettaglio", livello di qualifica 1, donne: fr. 4'198.-: 40 ore x 41.9 ore/settimana x 12 mesi = fr. 52'768.86 e aggiornato al 2015). In casu , in applicazione della giurisprudenza citata al considerando 2.12, il reddito statistico da invalido (fr. 52 '500.20 ) va ridotto del 2,14%, percentuale corrispondente al gap salariale (per la parte percentuale che supera la soglia del 5%) e si attesta pertanto a fr. 51'376.70 (risultato intermedio). Di conseguenza, considerata un'esigibilità del 70%, il reddito da invalido corrisponde a fr. 35'963.69.

### **E. 2.13**

Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete .

2.13.1. Nel caso di specie l'UAI non ha riconosciuto alcuna riduzione (doc. A a pag. 3) . Il TCA che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha motivo di scostarsi da tale valutazione. Tanto più che il rappresentante della ricorrente anche in questa sede ricorsuale - parimenti a quanto già avvenuto con opposizione del 3 giugno 2015 al progetto di decisione del 5 maggio 2015 (doc. AI 94-3) - si limita unicamente a rilevare - in maniera invero alquanto succinta e generica - che " (...) senza diffondersi ulteriormente su questo aspetto, è bene sottolineare dinnanzi a codesto Tribunale che nell'evenienza concreta l'UAI non ha affatto proceduto a una valutazione delle circostanze specifiche sopra elencate" né tantomeno provveduto ad apportare una riduzione del salario ottenibile da parte della signora RI 1 da invalida (...) " (doc. I a pag. 10). Val qui comunque la pena di rilevare che,

quand'anche si volesse riconoscere, per pura ipotesi, all'insorgente una riduzione del 10% per attività leggere, ella non ne trarrebbe alcun giovamento, come si vedrà meglio al considerando 2.14. 2.14. In concreto, raffrontando, nel 2015, il reddito da valido di fr. 49'932.71 con quello da invalido di fr. 35'963.69, si ottiene un grado di invalidità del 27,97% arrotondato al 28% (cfr. DTF 130 V 121, consid. 3.2), che non dà diritto ad alcuna rendita. Raffrontando, nel 2015, il reddito da valido di fr. 49'932.71 con quello da invalido di fr. Fr. 35'963.69, ridotto per ipotesi del 10% a fr. 32'367.32 si otterrebbe un grado di invalidità del 35,17%, arrotondato al 35%, che non darebbe diritto ad alcuna rendita. La decisione dell'UAI che nega il diritto ad una rendita d'invalidità va di conseguenza tutelata. 2.15. A titolo abbondanziale, va osservato che essendo il grado di invalidità dell'insorgente superiore al 20%, alla potrebbe teoricamente avere diritto ad una riforma professionale. 2.15.1. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute (lett. b). Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente (art. 8 cpv. 1bis LAI). Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (art. 8 cpv. 3 lett. a LAI) ed i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riforma professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). Secondo l'art. 17 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari a circa il 20% (STF 8C\_689/2015 del 15 gennaio 2016: "(...) von rund 20% voraussetzt, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt."; DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale è quindi del 20%. Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI, per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). Infine, la circolare sui provvedimenti d'integrazione di ordine professionale (CPIP) prevede: " 4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente: - a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no; - l'assicurato deve essere idoneo all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di

sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; - la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità dell'assicurato. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile. (...) 4013 Se un assicurato è sufficientemente integrato o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria." Infine, con STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: "(...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...) (STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6). 2.15.2. Tornando al caso di specie, va evidenziato che il ricorrente, pur avendo raggiunto il grado minimo d'invalidità del 20% richiesto (cfr. considerando 2.14), senza dover intraprendere una specifica riqualifica professionale, può, per i motivi già espressi al considerando 9, svolgere attività semplici e ripetitive dal profilo fisico leggero (cfr. anche sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011; cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). All'assicurato può essere richiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza, fisicamente assai leggere, che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. STCA 32.2013.75 del 28 gennaio 2014 e 32.2011.143 del 21 novembre 2011). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del

## **E. 5**

### **DIAGNOSI**

#### **E. 5.1**

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Fibromialgia. Sindrome lombospondilogenica cronica in: - avanzata osteocondrosi Modic II L5-S1, incipiente

osteocondrosi L4-L5, incipiente condrosi L2-L3 con fessura dell'anuro fibroso; - assenza di associate lesioni neurologiche. Sindrome cervicospondillogena cronica in: - incipiente discopatia C5-C6; - assenza di associate lesioni neurologiche.

## **E. 5.2**

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo di somatizzazione (ICD

## **E. 10**

F45.0). Cefalee di tipo misto, riferibili ad emicrania senz'aura e cefalea tensiva. Severa obesità (peso 121 kg/altezza 173,5 cm, BMI 40,2 kg/m<sup>2</sup>). Sindrome delle gambe senza riposo. Tabagismo. ". Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% nell'ultima attività di venditrice-cassiera (lavoro a tempo pieno, con una diminuzione del rendimento). Nel medesimo rapporto peritale i medici del SAM hanno inoltre evidenziato quanto segue: " 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA L'A. presenta unicamente limitazioni a livello reumatologico; dal lato neurologico e psichiatrico invece non vi è diminuzione della capacità lavorativa. Dal lato reumatologico l'A. presenta una fibromialgia primaria/sindrome somatoforme, una sindrome lombospondillogena cronica in presenza di avanzate alterazioni degenerative multisegmentali soprattutto a livello L5-S1 e una sindrome cervicospondillogena cronica su incipiente discopatia C5-C6. Non vi è alcuna evidenza per una neurocompressione. L'evoluzione del quadro clinico ha permesso di evidenziare in primo piano la presenza di una fibromialgia/sindrome somatoforme. Pertanto la valutazione peritale reumatologica del nostro consulente Dr. Med. \_\_\_\_\_, avvenuta ad oltre un anno di distanza da quelle del Dr. med. \_\_\_\_\_, prende in considerazione le diagnosi somatiche e la patologia fibromialgica-somatoforme. Come venditrice e cassiera l'A. è abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 30%, tenendo conto delle posizioni statiche prolungate e dei lavori più pesanti e ripetitivi (riporre la merce) che vengono chiesti in questa professione. L'evoluzione nel tempo permette di meglio chiarire il quadro clinico e di riconoscere in primo piano la sindrome fibromialgica. La capacità lavorativa va quindi valutata come sopra. La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta ai problemi alla schiena che limitano posizioni statiche molto prolungate e movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, nonché posizioni inergonomiche. La presenza di alterazioni degenerative non giustifica linearmente una riduzione della capacità lavorativa. Considerando i limiti funzionali descritti, la capacità lavorativa dev'essere considerata come attività lavorativa svolta sull'intera giornata con una diminuzione del rendimento del 30%. Non vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute; misure invasive non sono indicate. Consigliamo un importante calo ponderale in presenza di una severa obesità (BMI 40,2 kg/m<sup>2</sup>). Per quanto riguarda la prognosi, non sono da prevedere cambiamenti di rilievo a medio-lungo termine. Dal lato neurologico l'A. presenta delle cefalee di tipo misto, riferibili ad emicrania senz'aura e cefalea tensiva, nonché una sindrome lombovertebrale e cervicale cronica, senza associate lesioni neurologiche. Dal punto di vista neurologico l'A. è abile al lavoro al 100%. In caso di peggioramento delle cefalee, consigliamo di eventualmente riprendere una profilassi per l'emicrania. Dal lato psichiatrico l'A. presenta un disturbo di somatizzazione, senza influsso sulla capacità lavorativa. Per quanto riguarda i criteri di Förster, accanto al disturbo di somatizzazione, alla cui origine trovasi una fissazione dei conflitti interni non risolti che portano al mantenimento della sintomatologia dolorosa a carico dell'apparato locomotore, non vi è riscontro di una patologia psichiatrica grave, per cui non si può parlare di presenza

di comorbidità psichiatrica in questo caso. Pur essendo estremamente invischiata nella dinamica di vincolo all'ambiente di vita che la rende meno incline verso l'ambiente esterno, non si può parlare di difficoltà di socializzazione o di tendenza all'isolamento sociale. Sono presenti da anni dei disturbi a carico dell'apparato locomotore che sono rimasti pressoché invariati, nonostante l'effettuazione di cure specialistiche adatte sia a livello ambulatoriale che stazionario. La terapia psicologica può giovare all'A. nella misura in cui vengano analizzati e superati i conflitti interni, su cui si regge il disturbo psicosomatico. La prognosi, in assenza di trattamento specialistico o in caso di fallimento dello stesso, tende alla cronicizzazione dei disturbi accusati dall'A. Complessivamente l'A. presenta una capacità lavorativa globale del 70% (lavoro a tempo pieno, con una diminuzione del rendimento del 30%) unicamente per motivi reumatologici, valida dal 5.3.2012. Per il periodo precedente dal 14.12.2011 al 4.3.2012 possiamo codificare una capacità lavorativa dello 0% per la patologia lombare. Possiamo inoltre riconoscere un'incapacità lavorativa del 100% dal 29.11 al 2.12.2011 per la terapia di calcoli renali e dal 25.3 al 12.4.2013 per la riabilitazione stazionaria. Come casalinga l'A. presenta una capacità lavorativa del 90% (lavoro a tempo pieno, con riduzione del rendimento del 10%) unicamente per motivi reumatologici, valida a partire dal 5.3.2012. Per i tre periodi sopra descritti, possiamo codificare una capacità lavorativa dello 0% come casalinga. " (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice). Nella stessa perizia i medici del SAM hanno pure puntualizzato quanto segue: " 9

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** In un lavoro leggero e variato, che eviti posizioni statiche prolungate, senza possibilità di sgranchirsi brevemente, eviti movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e posizioni molto inergonomiche prolungate, l'A. presenta una capacità lavorativa del 90% (lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 10%) unicamente per motivi reumatologici, a partire dal 5.3.2012. Per i due periodi precedenti descritti al capitolo 8 e per il periodo dal 25.3 al 12.4.2013, possiamo codificare una capacità lavorativa dello 0% per qualsiasi attività lavorativa. Consigliamo un aiuto da parte dell'Ufficio di collocamento nella ricerca di un lavoro confacente, in quanto un reinserimento professionale in un lavoro adatto è da considerare utile allo scopo di proiettare l'A. al di là dei conflitti interni e direttamente nella realtà esterna sulla quale poter investire le sue risorse. " (n.d.r.: le sottolineature sono della redattrice) Nel rapporto finale del 5 agosto 2014 il medico dell'SMR (dr. med. \_\_\_\_\_) ha posto la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di " **Sindrome lombospondilogenica cronica in: avanzata osteocondrosi Modic II L5-S1, incipiente osteocondrosi L4-L5, incipiente condrosi L2-L3 con fessura dell'anuro fibroso; assenza di associate lesioni neurologiche; Sindrome cervicospondilogenica cronica in incipiente discopatia C5-C6; assenza di associate lesioni neurologiche** " e le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di " **Fibromialgia; disturbo di somatizzazione (F45.0); Cefalee di tipo misto, riferibili ad emicrania senz'aura e cefalea tensiva; Severa obesità (peso 121 kg/altezza 173,5 cm, BMI 40,2 kg/m<sup>2</sup>); Sindrome delle gambe senza riposo; Tabagismo** ". Il medico dell'SMR ha confermato: 1) un'incapacità lavorativa del 100% dal 29 novembre 2011 al 4 marzo 2012 e dal 25 marzo 2013 al 12 aprile 2013 rispettivamente del 30% (intesa come riduzione di rendimento) dal 5 marzo 2012 al 24 marzo 2013 e dal

### **E. 13**

aprile 2013 e continua nell'attività abituale di venditrice-cassiera; 2) un'incapacità lavorativa del 100% dal 29 novembre 2011 al 4 marzo 2012 e dal 25 marzo 2013 al 12 aprile 2013 rispettivamente del 10% (intesa come riduzione di rendimento) dal 5 marzo 2012 al 24 marzo 2013 e dal 13 aprile 2013 e continua in un'attività adeguata (rispettosa dei limiti

funzionali stabiliti nella perizia SAM agli atti, senza limitazioni di carico massimo, senza alternanza della postura al bisogno, senza difficoltà nello svolgimento di lavori di precisione e senza necessità di pause supplementari, ma con una lieve deflessione dell'umore e ansia lieve quali limiti funzionali psichici); 3) un'incapacità lavorativa del 10% (intesa come riduzione di rendimento) quale casalinga. Nel medesimo rapporto il medico dell'SMR ha ritenuto applicabile al caso di specie la psicoterapia al fine di mantenere o migliorare verosimilmente la capacità lavorativa dell'assicurata (doc. AI 83-1/4).

2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-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). 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). In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto il principio giusta il quale, in caso di divergenze, l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93), precisando nel contempo che alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione

alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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). Infine va ricordato che infine, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (cfr. in questo senso anche la STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare

un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...))" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen

Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" In una sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI.

2.8.1. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologica, il quale nel rapporto del 20 giugno 2014 ha posto unicamente le diagnosi neurologiche senza influire sulla capacità lavorativa di "cefalee di tipo misto, riferibili ad emicrania senza aurea e cefalea tensiva; sindrome lombovertebrale e cervicale cronica" (doc. AI 81-43). Il perito ha ritenuto che l'assicurata abile al lavoro al 100% dal punto di vista neurologico, puntualizzando che non vi è mai stata una riduzione della capacità lavorativa sotto questo aspetto (doc. AI 81-43). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure la ricorrente pretende il contrario.

2.8.2. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria psicoterapeuta, il quale nel rapporto del 17 luglio 2014 ha posto unicamente la diagnosi senza influire sulla capacità lavorativa di "disturbo di somatizzazione (ICD 10-F45.0)" (doc. AI 81-49). Il perito ha ritenuto che l'assicurata abile al lavoro al 100% dal punto di vista psichiatrico, puntualizzando che non vi è né è mai sussistita alcuna riduzione della capacità lavorativa sotto questo aspetto (doc. AI 81-43). Val qui la pena di puntualizzare che il dr. med. \_\_\_\_\_, dopo esame approfondito, ha escluso la presenza di una sofferenza psicologica che coagulasse in una più seria patologia umorale. Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure la ricorrente pretende il contrario. Di conseguenza, non è necessario approfondire l'aspetto somatoforme secondo i criteri apportati dalla citata nuova giurisprudenza (DTF 141 V 281).

2.8.3. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, il quale nella perizia del 16 giugno 2014, ha posto le diagnosi con influire sulla capacità lavorativa di "

Fibromialgia/sindrome somatoforme; Sindrome lombospondilogenica cronica; avanzata osteocondrosi Modic II L5/S1, incipiente osteocondrosi L4/L5, incipiente condrosi L2/L3 con fessura dell'anulo fibroso; Sindrome cervicospondilogenica cronica; incipiente discopatia C5/C6 " e senza influsso sulla capacità lavorativa di " severa obesità, sindrome delle apnee notturne ", evidenziato quanto segue: "DISCUSSIONE La paziente lamenta dolori cronici generalizzati. In presenza di 18/18 punti di fibromialgia si conferma la diagnosi già riportata agli atti di fibromialgia. Non vi sono elementi per una malattia reumatologica infiammatoria né per un'altra patologia associata a questa sindrome del dolore cronico. Si tratta dunque di una fibromialgia primaria. Da ca. 15 anni 6 nota una sindrome lombospondilogenica cronica in presenza di avanzate alterazioni degenerative multisegmentali soprattutto a livello L5/S1. In accordo con le valutazioni precedenti, non sono indicate misure invasive. La paziente presenta ancora una sindrome cervicospondilogenica cronica. L'esame clinico normale. Le indagini radiologiche standard a disposizione mostrano una minima discopatia C5/C6. Nessuna evidenza per una neurocompressione. " (doc. 81-37) Il perito ha quindi ritenuto che " come cassiera e commessa l'assicurata è abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 30 % tenendo conto delle posizioni statiche prolungate e dei lavori più pesanti e ripetitivi (riporre la merce) che vengono chiesti a venditrici e cassiere ", che dal suo punto di vista non vi è negli ultimi anni un'evoluzione della capacità lavorativa e che a sua conoscenza non vi è stato alcun cambiamento dopo la valutazione del 21 marzo 2013 del dr. med. \_\_\_\_\_, che non sono da prevedere cambiamenti di rilievo a medio-lungo termine, che " la diminuzione della capacità lavorativa è dovuta ai problemi alla schiena che limitano posizioni statiche molto prolungate e movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, posizioni inergonomiche ", che non vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute e non sono indicate misure invasive, che " da un punto di vista reumatologico è senz'altro possibile e auspicabile offrire all'assicurata provvedimenti di integrazione. L'assicurata è in grado di svolgere un lavoro leggero, variato, che eviti posizioni statiche prolungate senza possibilità di sgranchirsi brevemente, eviti movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco e posizioni molto inergonomiche prolungate. In una tale attività l'assicurata è abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto nella misura del 10 % ", che " in un'attività pesante a mediamente pesante vi è un'inabilità lavorativa del 50 % tra tempo e rendimento. Come venditrice o cassiera e in attività simili vi è un'inabilità del 30 % intesa come diminuzione del rendimento. In un lavoro leggero e adatto vi è un'incapacità lavorativa del 10 % inteso come diminuzione del rendimento " e che " Come casalinga l'assicurata è inabile al lavoro nella misura del 10 % tenendo conto dei lavori più pesanti e ripetitivi che non è in grado di svolgere " (doc. 81-37 e 38). Da ultimo, il perito ha fissato i limiti funzionali che corrispondono a quelli usuali indicati per chi soffre delle medesime patologie dell'assicurata (doc. 81-29). Il rappresentante dell'insorgente contesta la valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_ (che ha concluso, a far tempo dal 5 marzo 2012, per una capacità lavorativa del 70%, pari ad un lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 30%, nella propria attività abituale rispettivamente per una capacità lavorativa del 90%, pari ad un lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 10%, in un'attività adeguata), in considerazione del fatto che essa sarebbe in aperta contraddizione con quanto attestato in precedenza da un altro medico fiduciario dell'UAI (ovvero dal dr. med. \_\_\_\_\_; e, più precisamente, a far tempo dal 5 marzo 2012, per una incapacità lavorativa del 50% sia nell'attività abituale sia in un'attività adeguata). A questo proposito, va osservato che il dr. med. \_\_\_\_\_, in una motivata ed approfondita

presa di posizione del 2 luglio 2015, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui la sua valutazione diverge da quella del dr. med. \_\_\_\_\_, levando ogni dubbio circa l'asserita contraddizione evidenziata dal rappresentante della ricorrente (doc. AI 98-8 e 9). In tale occasione, lo specialista ha infatti evidenziato quanto segue: " (...) Faccio regolarmente 3 perizie per il SAM alla settimana da oltre

#### **E. 15**

anni. Il volume di perizie è garanzia di una grande esperienza per quanto riguarda la valutazione peritale delle problematiche di natura reumatologica e anche di una omogeneità tra le diverse valutazioni. La maggioranza delle perizie che ho realizzato comporta le diagnosi di fibromialgia/sindrome somatoforme, sindrome lombospondilogenica e sindrome cervicospondilogenica poiché si tratta delle patologie più comuni in ambito peritale. Questo grande volume di perizie è il mio primo termine di paragone per poter valutare la capacità lavorativa dei pazienti con queste diagnosi in modo costante. In altre parole cerco di valutare tutti i pazienti con patologie analoghe in modo analogo. Il mio secondo termine di paragone è la linea generale adottata dai colleghi membri della società ticinese di reumatologia per valutare questo tipo problematica. Il mio termine di paragone non può dunque essere una singola perizia precedente, che oltre tutto si dissocia a sua volta dalla perizia del Dr. \_\_\_\_\_ dei 2000 (perizia nella quale venivano formulate diagnosi analoghe ma che confluivano in una piena capacità lavorativa). Per inciso si può dunque rilevare che la mia perizia si allinea con quelle del Dr. \_\_\_\_\_ mentre la perizia del Dr. \_\_\_\_\_ si discosta dalla linea finora seguita e che questa linea corrisponde a quelle generalmente seguita da me e dai reumatologi ticinesi nella valutazione di casi analoghi. Va detto inoltre che la differenza di valutazione in ambito reumatologico tra i diversi periti per quanto riguarda la capacità lavorativa è notoriamente ridotta ma c'è. Non si può pretendere che un perito si conformi automaticamente a chi l'ha preceduto. Un perito deve avere il diritto di esprimere liberamente la sua opinione partendo da zero e non deve essere vincolato dall'opinione di chi l'ha preceduto. Al contrario, sarebbe scorretto se dovessi valutare un'assicurato in modo "più pessimista a riguardo della capacità lavorativa rispetto a quanto avrei fatto con qualunque altra persona nella stessa situazione, discostandomi dalle linee generali seguite dai periti della società di reumatologia. solo perché quell'assicurato è già stato peritato in precedenza da un collega. Nel caso della perizia in questione, confermo dunque pienamente la mia valutazione della capacità lavorativa in e non sono disposto a modificarla per conformarmi a una valutazione precedente. Non ritengo di dover giustificare perché il Dr. \_\_\_\_\_ sia più pessimista di me. Posso assicurare che la mia valutazione è corretta e conforme alla linea generale dei periti ticinesi. Ritengo francamente di essere responsabile solo del mio consulto peritale e non di quelli precedenti, pur tenendone conto nel formulare la mia valutazione. (...) " Alla luce di quanto sopra, delle spiegazioni fornite dallo specialista in reumatologia, dr. med. \_\_\_\_\_, confermate dai periti del SAM in data 14 luglio 2015 (doc. 98-1/5) in una motivata ed approfondita presa di posizione (ove hanno, peraltro, sottolineato come "negli anni l'espressione del quadro clinico viene valutata come un fibromialgia, quadro che predomina a livello clinico. Quindi per questo motivo la capacità lavorativa viene valutata nell'ambito di questa patologia e pertanto porta alla valutazione espressa dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_, in accordo con quanto viene valutato in generale dai consulenti reumatologi. Non si ravvisano elementi clinici oggettivi che possano giustificare un'incapacità lavorativa maggiore, considerato l'attività svolta dall'A"; doc. 98-4) e fatte proprie anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, il 20 luglio 2015 (doc. 99-1), questo Tribunale non ha motivo per

scostarsi dalle conclusioni in ambito reumatologico enunciate dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista che peraltro vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa e infortunistica. Tanto più che questa valutazione peritale non è stata neppure smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. In effetti, per quanto concerne i certificati della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, del Centro medico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. B), il rapporto del 22 luglio 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, ortopedia e traumatologia dello studio di ortopedia e traumatologia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (doc. C), il rapporto del 6 agosto 2015 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia del Centro medico \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. D), va detto che (come peraltro rettamente rilevato dal perito dell'UAI nella motivata ed approfondita presa di posizione del 12 ottobre 2015 e confermate sia dai periti del SAM in data 20 ottobre 2015 sia dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ il 21 ottobre 2015; doc. VIII-1 e 2) trattandosi in concreto di una diversa valutazione della medesima situazione attentamente e dettagliatamente vagliata dal perito reumatologo, per i succitati motivi a quest'ultima va data la preferenza. A questo proposito il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010). Alla ricorrente va ugualmente ricordato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza citata 9C\_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Giova inoltre qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Malgrado la presenza di una fibromialgia (con influenza sulla capacità lavorativa) e di un disturbo di somatizzazione (senza influenza sulla capacità lavorativa) (cfr. doc. AI 81-21), nulla cambia, nel preciso caso di specie, la già citata DTF 141 V 281. Al consid. 8 di quella sentenza, il TF ha infatti rammentato che, come già spiegato in DTF 137 V 210, le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (" In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung)

vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen<sup>4</sup>). In concreto, per i motivi appena esposti, non vi sono ragioni per scostarsi dalle valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, non avendo del resto il consulente applicato la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cfr. doc. AI 81-34-39), ma avendo fissato il grado di incapacità lavorativa per quel disturbo al 30% come cassiera-commessa rispettivamente al 10% in attività adeguate e come casalinga. Va qui rammentato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, anche dal profilo reumatologico, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti (in particolare, all'esperimento di una perizia reumatologica giudiziaria, così come postulato dal rappresentante della ricorrente nel gravame: cfr. doc. I a pag. 9 e 12). 2.8.4. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6 e 2.7), alla stessa va dunque attribuita piena forza probante. Tanto più che l'insorgente non ha prodotto, neppure in questa sede, refertazione medica specialistica - riferita, in particolare, al quadro clinico antecedente al provvedimento contestato (visto che il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata; SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) - atta, per un verso, a perlomeno sollevare dubbi circa la fedeltà della perizia pluridisciplinare SAM (cfr. considerando 2.8.3 in fine), e, per altro verso, a indurre questo TCA a disporre ulteriori accertamenti medici specialistici. Quanto accertato dai periti incaricati dall'UAI in merito alla capacità lavorativa dell'assicurata nel rapporto peritale del 4 agosto 2014 (doc. AI 81-1/55) e confermato dal medico SMR nel rapporto finale del 5 agosto 2014 (doc. AI 83-1/4) e nel successivo rapporto del 20 luglio 2015 del medico dell'SMR (doc. 99-1), va dunque tutelato. A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale

dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 2.9. In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali ( DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti) , che l'assicurato ha presentato/presenta: 1) un'incapacità lavorativa del 100% dal 29 novembre 2011 al 4 marzo 2012 e dal 25 marzo 2013 al 12 aprile 2013 rispettivamente del 30% (intesa come riduzione di rendimento) dal 5 marzo 2012 al 24 marzo 2013 e dal 13 aprile 2013 e continua nell'attività abituale di venditrice-cassiera; 2) un'incapacità lavorativa del 100% dal 29 novembre 2011 al 4 marzo 2012 e dal 25 marzo 2013 al 12 aprile 2013 rispettivamente del 10% (intesa come riduzione di rendimento) dal 5 marzo 2012 al 24 marzo 2013 e dal 13 aprile 2013 e continua in un'attività adeguata (rispettosa dei limiti funzionali stabiliti nella perizia SAM agli atti, senza limitazioni di carico massimo, senza alternanza della postura al bisogno, senza difficoltà nello svolgimento di lavori di precisione e senza necessità di pause supplementari, ma con una lieve deflessione dell'umore e ansia lieve quali limiti funzionali psichici); 3) un'incapacità lavorativa del 10% (intesa come riduzione di rendimento) quale casalinga. È peraltro utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze eccessive. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il Tribunale federale ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). D'altra parte se è vero che il mercato del lavoro accessibile agli assicurati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (cfr. RCC 1989, p. 331 consid. 4a)), è altrettanto vero che nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (cfr. SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del

## **E. 20**

aprile 2004 nella causa K., U 871/02, consid. 3). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come é il caso per il settore delle prestazioni di servizio. 2.10. Stante quanto precede, occorre ora esaminare se la capacità di guadagno dell'assicurata ha subito un aggravamento tale da giustificare l'accoglimento della nuova richiesta di prestazioni AI. Preliminarmente, il TCA osserva che l'assicurata - a far tempo dal 1997 e sino alla disdetta del contratto di lavoro presso l'ultimo datore avvenuta per carenza di lavoro con effetto a partire dal 1° agosto 2012 (doc. AI 40-2 e 42-1) - ha sempre lavorato in misura non superiore al 50%. Stante quanto precede, ci si potrebbe chiedere se nel caso di specie l'UAI abbia correttamente applicato il metodo ordinario nella decisione avversata (cfr. STF 9C\_178/2015 del 4 maggio 2016 e STF 9C\_650/2015 dell'11 agosto 2016). La questione può comunque rimanere indecisa, visto che anche applicando l'ipotesi più favorevole all'assicurata - quest'ultima non ha diritto ad una rendita d'invalidità.

## **E. 25**

febbraio 2003 consid. 4.7). Ne segue che alla ricorrente non può essere riconosciuto alcun diritto a provvedimenti professionali (riqualifica/riformazione professionale), ritenuto che gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. anche le STCA 32.2015.83 del 4 maggio 2016, 32.2014.17 del 27 luglio 2015, 32.2014.95 del 21 maggio 2015, 32.2013.75 del 28 gennaio 2014). 2.16. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'assicurata. Quest'ultima chiede tuttavia di essere messa al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio (doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In concreto dagli atti emerge che la ricorrente si trova in assistenza (doc. Vbis). L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per

la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

#### **E. 26**

ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento.( )" (STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011, consid.6).

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