

TI_GERICHTE 32.2017.140 vom 26. Juli 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-07-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.140

FR: TI_GERICHTE 32.2017.140 du 26 juillet 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.140 del 26 luglio 2017

Regeste

Rendita rifiutata considerato un periodo di inabilità lavorativa inferiore all'anno di attesa richiesto dalla legge. Le allegazioni della ricorrente e la documentazione prodotta non consentono conclusione diversa. Conferma della decisione

Erwägungen

E. 17

cpv. 1 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione 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 riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riformazione 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 riformazione 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). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). 2.5. 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

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STFA 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 p. 254-257). Con una pronuncia I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, 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). 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). 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. Infine, in due sentenze del 30 novembre 2017 (8C_841/2016 e 8C_130/2017), destinate alla pubblicazione, il Tribunale federale è giunto alla

conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante.

2.6. Ricevuta la domanda di prestazioni, con la quale RI 1 lamentava problemi ai piedi, l'amministrazione ha interpellato il dr. _____, ortopedico curante, il quale, nel rapporto medico del 8 agosto 2016, poste le diagnosi di "tallodinia destra in brevità aponeurosi gastrocnemio", non ha attestato alcuna inabilità lavorativa malgrado la segnalazione di "dolori al carico, difficoltà a stare in piedi e camminare per lunghi periodi di tempo" (doc. AI 25). Nemmeno il dr. _____, generalista curante dell'assicurata dal 2009, poste il 30 agosto 2016 le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di "obesitas permagna, stato da fascite plantare bilaterale, stato dopo distorsione caviglia sinistra, colecoliasi, stato depressivo", ha certificato una qualsivoglia inabilità lavorativa (doc. AI 33). Con annotazione del 13 gennaio 2017 il dr. _____ del SMR, ha proposto un completamento dell'istruttoria documentale dopo due mesi (doc. AI 45). Nuovamente contattati, con rapporti medici del 18 (il dr. _____) rispettivamente 25 marzo 2017 (il dr. _____), i curanti non hanno attestato alcuna inabilità lavorativa (doc. AI 51, 52). L'amministrazione ha quindi richiamato la documentazione dall'ufficio disoccupazione, dalla quale emergeva che l'assicurata era iscritta formalmente alla ricerca di un impiego all'80% pur avendo precisato di cercare un'attività al 60% (doc. AI 53). Con rapporto finale del 3 aprile 2017 il dr. Andreoli del SMR ha quindi posto le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di "Esiti di fascite plantare destra, obesità permagna, esiti di depressione (dopo decesso della madre)", ammettendo un'inabilità unicamente per il periodo dal 23 al 30 giugno 2016 (doc. AI 54). Con progetto di decisione del 4 maggio 2017 l'amministrazione ha quindi proposto il rifiuto della domanda di prestazioni in assenza di un'inabilità lavorativa duratura. A tale progetto si è opposta l'assicurata, tramite il RA 1, sostenendo di essere inabile al lavoro anche a dipendenza della diagnosi di obesità. Il dr. _____ ha inoltrato uno scritto 8 giugno 2017 che ha in seguito tuttavia dichiarato di ritirare (doc. AI 59, 61). Dal canto suo il dr. _____, il 1 giugno 2017, ha posto le diagnosi di "Fascite plantare destra in brevità aponeurosi gastrocnemio, obesità", segnalando il dolore lamentato dalla paziente al piede e il fatto che era al beneficio di una cura mediante onde d'urto, ma non ha attestato un'inabilità lavorativa (doc. AI 62). Nell'annotazione del 27 giugno 2017 il medico SMR ha concluso che la nuova documentazione non permetteva di concludere diversamente (doc. AI 64). Di conseguenza, con decisione 26 luglio 2017 l'amministrazione ha statuito come segue: "Esito degli accertamenti: Dall'esauriente documentazione medica acquisita all'incarto risulta giustificata, in qualsiasi attività lavorativa un'incapacità lavorativa del 100% unicamente dal 23.06.2016 al 29.06.2016. Dal 30.06.2016 la signora RI 1 è nuovamente abile al lavoro in misura completa. Considerato che il periodo d'incapacità lavorativa è inferiore all'anno di attesa non sussiste alcun diritto a rendita, ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Essendo

nuovamente abile al 100% in qualsiasi attività, provvedimenti professionali non entrano in linea di conto. AUDIZIONE In sede di audizione abbiamo ottenuto le vostre osservazioni, unitamente al certificato del dr. _____ del 08.06.2017, che è stato successivamente annullato dal medico medesimo in data 14.06.2017, ed il rapporto del dr. _____ del 01.06.2017. Il nostro Servizio Medico Regionale ritiene che non siano stati offerti concreti elementi che possano inficiare la valutazione medica precedentemente espressa, non sussistendo alcuna certificazione d'inabilità prolungata, né documentazione clinica funzionale o valutazioni obiettive o specialistiche a suffragio di una limitazione nell'abituale attività di impiegata d'ufficio. Alla luce di quanto sopra si riconferma la bontà delle conclusioni espresse nel progetto di decisione del 04.05.2017." (doc. A/1). Di fronte al TCA la ricorrente ha prodotto documentazione medica già agli atti, segnatamente in relazione agli accertamenti al piede sinistro eseguiti nel 2013 e 2014 (doc. A/6, 7 e 8) oltre ad un certificato del 6 giugno 2016 del dr. _____ attestante un'inabilità lavorativa al 40% dal 1 aprile 2016, un certificato relativo a consulti d'urgenza presso l'ospedale di _____ il 7 agosto 2017 per la diagnosi di " Trauma contusivo alla spalla destra " e il 3 ottobre 2017 per " edemi declivi DD da stasi in insufficienza venosa, linfedema " (doc. A/3, 4, 5, B/6).

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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede d'istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico

curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009; STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del

E. 23

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) 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 e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 2.8. Dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo il TCA l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che, malgrado la presenza di problemi al piede destro e un'importante obesità, non andava ammessa nel caso dell'assicurata alcuna inabilità lavorativa. Dalla documentazione all'inserto emerge in effetti che nemmeno i medici curanti dell'assicurata hanno attestato qualsivoglia inabilità lavorativa. In effetti, il dr. _____, ortopedico che ha seguito l'assicurata per i problemi ai talloni, nel rapporto medico del 8 agosto 2016, poste le diagnosi di "tallodinia destra in brevità aponeurosi gastrocnemio", non ha certificato alcuna inabilità lavorativa malgrado la segnalazione di "dolori al carico, difficoltà a stare in piedi e camminare per lunghi periodi di tempo" (doc. AI 25). L'8 marzo 2017 il curante ha confermato l'assenza di inabilità lavorativa dopo il 23 giugno 2016 (doc. AI 51, 52). Quanto poi al dr. _____, generalista, in occasione delle due certificazioni del 30 agosto 2016 e 25 marzo 2017, ha posto una serie di diagnosi che tuttavia ha considerato non influenti sulla capacità lavorativa ("obesitas permagna, stato da fascite plantare bilaterale, stato dopo distorsione caviglia sinistra, colecistoliasi, stato depressivo", doc. AI 33, 52). Il TCA non ha pertanto motivi per mettere in dubbio le convincenti conclusioni del dr. _____ del SMR nel rapporto finale del 3 aprile 2017, che soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico abbia pieno valore probatorio e può quindi validamente servire quale base di giudizio senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori misure d'istruzione. In effetti, il medico SMR, avuto riguardo all'intera documentazione medica presente all'inserto, ha rettamente stabilito che l'assicurata - fatta eccezione per il periodo dal 23 al 30 giugno 2016 - risultava abile al lavoro in misura completa in ogni attività lucrativa. Del resto, lo stesso medico SMR, esprimendosi sulla documentazione medica inviata dall'assicurata in sede di osservazioni al progetto di decisione - segnatamente lo scritto 1 giugno 2017 del dr. _____ che, poste le diagnosi di "Fascite plantare destra in brevità aponeurosi gastrocnemio, obesità", affermava che: "(...) Attualmente, non essendo la cura al piede ancora terminata, non posso sostenere la percentuale di inabilità anche se comprendo la difficoltà a camminare e stare in piedi a lungo per il dolore al piede destro legato sia all'infiammazione cronica della fascia plantare (...) e anche al problema di sovrappeso (...)” (doc. AI 62) - nell'annotazione del 27 giugno 2017 ha con pertinenza osservato che la stessa non permetteva di modificare le precedenti conclusioni, rilevato come non fosse presente alcuna documentazione clinica funzionale o valutazioni obiettive o specialistiche che potessero in qualche modo comprovare la sussistenza di qualsivoglia

limitazione nella sua attività di impiegata d'ufficio o in altra attività (doc. AI 64). A tale ben motivata valutazione del SMR si deve aderire. Del resto, la stessa non è stata smentita da altri certificati medici attestanti in modo convincente una diversa situazione clinica o un peggioramento duraturo delle problematiche di cui è portatrice l'assicurata. Per quanto concerne l'attestazione di inabilità lavorativa del 40% quale aiuto domestico sottoscritta dal dr. _____ il 6 giugno 2016 (doc. A/3 e B4), la stessa, che peraltro appare assai sintetica, non precisando né le diagnosi invalidanti né i motivi per cui l'assicurata sarebbe da considerare parzialmente inabile al lavoro, potrebbe in ogni modo riferirsi ad un'inabilità transitoria, considerato come il medesimo curante, nei già citati successivi rapporti all'AI del 30 agosto 2016 e 25 marzo 2017, non abbia, come ricordato, attestato alcuna incapacità lavorativa (doc. AI 33, 52). La ricorrente ha prodotto inoltre la lettera del dr. _____ all'UAI dell'8 giugno 2017. Ora, tale scritto non può essere considerato visto che, come risulta dall'incarto AI, è stato annullato in data 14 giugno 2017 dal medesimo curante (doc. AI 61). Ma a prescindere da questa circostanza e volendo per ipotesi considerare tale scritto, lo stesso non permetterebbe comunque di concludere per una rilevante e duratura inabilità lavorativa, limitandosi il curante ad esprimere l'auspicio che venga "ripresa la problematica legata alla richiesta AI della summenzionata paziente", avendolo l'interessata "reso attento che la sua situazione nell'ambito dell'obesitas le comporta dei problemi generali di salute caratterizzati da rallentamento fisico motorio con problemi di dolori muscoloscheletrici attualmente con spiccati disturbi a livello degli arti inferiori (fascite plantare dx) oltre che ad una stanchezza generalizzata con dispnea allo sforzo e mobilità limitata" (doc. B3). Lo scritto si limita quindi in sostanza a riferire di quanto lamentato dalla paziente, e, quindi, di circostanze già note, tralasciando di porre delle chiare diagnosi e di indicare la presenza di eventuali limitazioni alla capacità lavorativa. Lo stesso non permetterebbe quindi in ogni caso di trarre conclusioni diverse da quelle dell'amministrazione. Sia di transenna rilevato che per quanto riguarda la presenza di una possibile affezione di natura psichiatrica, richiamato anche quanto esposto al consid. 2.5, la presenza di disturbi di natura depressiva era stata segnalata dal dr. _____ nella sua certificazione del 30 agosto 2016 (doc. AI 33). Tuttavia a dipendenza della stessa il curante non ha certificato alcuna inabilità lavorativa e del resto non risulta che l'insorgente abbia mai fatto capo ad una presa a carico di natura psichiatrica o che assuma nessun farmaco. Non emerge quindi essere mai stata posta alcuna diagnosi psichiatrica secondo ICD 10 da uno specialista in psichiatria, ragione per cui una limitazione della capacità lavorativa di rilievo per motivi psichiatrici non appare comprovata. Del resto a ragione l'amministrazione ha osservato come la conclusione di assenza d'inabilità lavorativa sia ulteriormente comprovata anche dal fatto che l'assicurata si è iscritta all'assicurazione disoccupazione alla ricerca di un lavoro a tempo pieno nel periodo da giugno/luglio 2016 a gennaio 2017 (doc. VI e doc. B2). Infine, nessun'altra patologia di rilievo è stata comprovata agli atti, la documentazione relativa a due consultazioni all'ospedalità di _____ avvenute in data 7 agosto 2017 per la diagnosi di "Trauma contusivo alla spalla destra" e il 3 ottobre 2017 per la diagnosi di "edemi declivi DD da stasi in insufficienza venosa, linfedema" (doc. A/3, 4, 5, B/6), non attestando alcuna problematica rilevante né alcuna inabilità lavorativa duratura. In effetti, a prescindere dal fatto che queste due consultazioni sono avvenute in epoca posteriore alla data giuridicamente rilevante della decisione contestata del 26 luglio 2017 - per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1) - da tali certificazioni risulta che

in entrambe le occasioni l'assicurata è comunque stata giudicata in buone condizioni generali, trattandosi di affezioni transitorie che non hanno originato alcuna certificazione di inabilità lavorativa. Alle conclusioni dell'amministrazione questo Tribunale deve quindi aderire. Pur non ignorando e non sottovalutando le difficoltà incontrate dall'assicurata a dipendenza dei dolori ai piedi e dell'obesità, occorre nondimeno concludere che la medesima è tuttora in grado di esercitare in misura piena la sua attività lavorativa così come ogni altra attività. Del resto, già si è detto che dette valutazioni non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alle predette valutazioni mediche e entro la data della decisione censurata, ribadito come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato. Va qui ricordato 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 con riferimenti). 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). Alla luce della documentazione agli atti, questo Tribunale non può quindi che aderire alla convincente presa di posizione del SMR. A questo riguardo va pure ricordato 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. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). In realtà, l'assicurata non contesta in modo motivato la valutazione e le conclusioni del SMR, e più in generale gli accertamenti condotti dall'amministrazione, ma esprime in sintesi un dissenso puramente soggettivo, sostenendo che le dovrebbe essere riconosciuta un'inabilità lavorativa. Non apporta tuttavia validi elementi atti a mettere in dubbio le conclusioni dell'amministrazione. Rispecchiando quindi la valutazione del SMR, unitamente alla documentazione agli atti, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), richiamato pure l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del possibile discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati,

115 V 142 consid. 8b) che l'insorgente è da considerare pienamente abile nell'attività lavorativa appresa così come in qualsiasi altra. Visto quanto sopra, la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). La domanda ricorsuale intesa all'esecuzione di accertamenti ulteriori, in particolare di una perizia pluridisciplinare, va quindi respinta.

2.9. In considerazione di quanto detto, a ragione l'amministrazione ha concluso che, in assenza di un'incapacità lavorativa duratura, nessuna prestazione dell'AI poteva esserle concessa (art. 6 e 8 LPGA; cfr. al consid. 2.3). In effetti, l'assicurata non ha presentato, ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI, un periodo ininterrotto di un anno con almeno il 40% di inabilità lavorativa con un grado di invalidità di almeno il 40% al termine di questo anno. A ragione quindi la richiesta di prestazioni è stata respinta. Questo Tribunale deve confermare la decisione impugnata, anche nella misura in cui ha negato il riconoscimento di provvedimenti di natura professionale all'assicurata. In effetti, come anticipato al considerando 2.4. l'art. 17 LAI prevede in particolare che: " L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione 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 riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b; cfr. anche la cifra marginale 4010 della C ircolare sui provvedimenti d'integrazione di ordine professionale (CPIP); cfr. anche la STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011). Nel caso di specie una riqualifica/riformazione professionale non entra in considerazione, considerato come alla ricorrente è stata riconosciuta una capacità lavorativa piena in qualsiasi attività. All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4).

2.10. 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 fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.