

TI_GERICHTE 32.2017.171 vom 20. September 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-09-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.171

FR: TI_GERICHTE 32.2017.171 du 20 septembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.171 del 20 settembre 2017

Regeste

Respinta la domanda di prestazioni in assenza di inabilità lavorativa, dopo esecuzione di una perizia multidisciplinare, e, quindi, di invalidità. TCA conferma

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.05.2018 32.2017.171 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.05.2018 32.2017.171 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.05.2018 32.2017.171

Respinta la domanda di prestazioni in assenza di inabilità lavorativa, dopo esecuzione di una perizia multidisciplinare, e, quindi, di invalidità. TCA conferma

Raccomandata Incarto n. 32.2017.171 FC /sc Lugano 24 maggio 2018 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattrice: Francesca Cassina-Barzaghini , vicecancelliera segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 18 ottobre 2017 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione del 20 settembre 2017 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. Nel mese di febbraio 2013 RI 1, nata nel 1978, ha inoltrato una nuova domanda di rendita (doc. AI 159), dopo che, con decisione 6 febbraio 2012 cresciuta in giudicato, l'Ufficio AI aveva respinto una precedente richiesta di prestazioni (doc. AI 158). Con decisione 8 aprile 2015, preavvisata il 29 gennaio 2015, l'amministrazione ha emesso una decisione di non entrata in materia non avendo l'assicurata dimostrato una rilevante modifica delle circostanze oggettive (doc. AI 168). Il ricorso presentato contro la succitata decisione dall'assicurata, per il tramite dell'Associazione RA 1, è stato respinto dal TCA mediante pronuncia del 18 gennaio 2016, con la quale gli atti sono tuttavia stati trasmessi all'Ufficio AI affinché procedesse ad esaminare la documentazione medica prodotta dall'assicurata alla stregua di una nuova domanda di prestazioni (cfr. STCA 32.2015.78). 1.2. Dopo la trasmissione dell'incarto, ammessa l'entrata in materia, eseguiti i necessari accertamenti medici ed economici, segnatamente dopo aver interpellato i curanti e fatta allestire una perizia multidisciplinare a cura del Servizio accertamento medico (SAM), con decisione del 20 settembre 2017 (preavvisata il 6 luglio 2017) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni, ritenendo l'assicurata completamente abile nella sua abituale attività lavorativa di operatrice socio-assistenziale prima infanzia così come " in qualunque attività professionale con attività fisica da leggera a moderata, senza esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie " con conseguente grado d'incapacità al guadagno nulla (doc. B). 1.3. Con ricorso al TCA l'assicurata, sempre rappresentata dall'RA 1, ha censurato il provvedimento, contestando le conclusioni tratte in relazione alla sua capacità lavorativa, elencando tutte le patologie di cui soffre e allegando documentazione già agli atti oltre a nuove certificazioni mediche. Chiede che le venga attribuita una rendita per un'invalidità

del 50% (doc. I). 1.4. Con la risposta di causa, l'Ufficio AI, dopo aver interpellato il SMR, ha chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata, ritenuto che la dettagliata e approfondita valutazione medica del SAM non era stata validamente smentita da altra documentazione medico-specialistica che potesse attestare la presenza di una riduzione della capacità lavorativa. 1.5. Con osservazioni 18 gennaio 2018 l'assicurata ha prodotto ulteriori atti medici (VIII). Con scritto 31 gennaio 2018 l'Ufficio AI, sulla base di una nuova presa di posizione del SMR, ha rilevato che la documentazione non comprovava una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del SAM (X). Il 7 gennaio 2018 il rappresentante della ricorrente si è riconfermato nelle sue posizioni, chiedendo altresì l'esperimento di "una perizia arbitrale" (XII).

considerato, in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurata ha diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da in-valido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone

intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.4. 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). 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. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p. 254-257). Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), 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). 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 hievor dargelegten 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). 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 recenti sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), 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. 2.5. Dalla documentazione prodotta agli atti è emerso che l'assicurata è portatrice di sindrome di Turner, dolori cronici alla schiena e problemi alle gambe oltre che disturbi psichiatrici. Dopo aver interpellato i medici curanti, l'Ufficio AI, sentito il medico SMR, ha ritenuto indicato procedere con una perizia pluridisciplinare a cura del SAM. Dal referto datato 22 giugno 2017 (doc. AI 231) risulta che il SAM ha fatto capo a quattro consultazioni specialistiche di natura neurologica (dr. _____), pneumologica (dr. _____), psichiatrica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei consulti, eseguiti presso il SAM sull'arco di sei giorni, la perizia ha posto le diagnosi di: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità

lavorativa: Nessuna. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: - Fibromialgia di tipo primario. - Cervico-toraco-lombalgie nell'ambito della diagnosi precedente nonché su alterazioni statiche e iniziali alterazioni di tipo degenerativo. - Gonalgie bilaterali nell'ambito di leggera deviazione esterna della rotula con tendenza a rotazione dell'asse rotuleo. - Tendinopatia dei tendini achillei in stato dopo intervento di allungamento dei tendini achillei bilateralmente per piede equino bilaterale nel novembre del 1994. - Stato dopo osteotomia per allungamento delle due gambe nel giugno del 1994 per una sindrome di Turner con mosaico 45 X/46 XX. - Asma bronchiale leggera e intermittente. - Crisi ansiose parossistiche (DD disturbo di personalità ansioso - Nota rinite cronica in un soggetto non atopico. - Intolleranza al lattosio. (...)" Dopo avere riassunto le singole valutazioni specialistiche esperite durante il soggiorno dell'assicurata presso il SAM (sull'arco di 6 giorni), ribadito come non vi fossero altre patologie che potrebbero limitarne la capacità lavorativa oltre a quelle indicate, accertato che non vi erano limitazioni dovute a nessuna delle affezioni diagnosticate, dopo aver proceduto ad una dettagliata ed esauriente discussione, i periti hanno ritenuto che l'assicurata era da considerare completamente abile nella sua professione di operatrice socio-assistenziale prima infanzia, così come pure per qualunque attività professionale con attività fisica da leggera a moderata, senza esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. Esprimendosi sulle limitazioni da osservare nell'esercizio di un'attività lavorativa adeguata, il SAM ha esposto: " (...) 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Come descritto nei capitoli precedenti, dal punto di vista reumatologico, neurologico, pneumologico e psichiatrico non vi sono limitazioni per quanto riguarda l'attività tuttora esercitata come pure per qualunque attività professionale con attività fisica da leggera a moderata, senza esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. Come già descritto nel rapporto del Servizio Medico Regionale del 19.12.2011 l'A. non è idonea a svolgere attività lavorative da svolgere unicamente in posizione eretta, attività da svolgere in posizione seduta o in alternanza può essere svolta senza limitazioni. (...) " (doc. AI 231) Infine, i periti hanno consigliato di proseguire le fisioterapie ambulatoriali che sicuramente erano da considerare " utili a mantenere un buon trofismo della muscolatura e allungare bene la muscolatura", oltre che lo stretching regolarmente, ritenuto come non vi erano altre possibilità di migliorare le sue condizioni di salute con altri approcci terapeutici. Secondo il consulente in psichiatria era inoltre indicata una presa a carico psicologica che potesse " aiutare l'assicurata a meglio gestire le insicurezze da lei percepite, il che potrebbe portare a un miglioramento del suo stato di salute ." (doc. AI 231). Dette conclusioni sono state confermate dal medico SMR nel rapporto finale del 5 luglio 2017 (doc. AI 232). L'amministrazione, con progetto di decisione 6 luglio 2017, ha pertanto proposto il rigetto della domanda di prestazioni, ammettendo sostanzialmente l'assenza di qualsivoglia inabilità lavorativa nella sua attività lavorativa di operatrice socio-assistenziale prima infanzia così come in altre attività lavorative leggere-moderate e pure come casalinga (doc. AI 233). Al progetto si è opposta l'assicurata, producendo una certificazione della dr.ssa _____, FMH in medicina fisica e riabilitazione, la quale ha sostanzialmente elencato le note patologie e le terapie dispensate (doc. AI 238). L'amministrazione ha nuovamente interpellato il medico SMR, il quale non ha ritenuto opportuno procedere ad ulteriori accertamenti in assenza di nuovi elementi (Annotazione dell'11 settembre 2017, doc. AI 236). È quindi stata resa la decisione contestata del 20 settembre 2017, che ha stabilito: "

(...) Decidiamo pertanto: La richiesta di prestazioni è respinta. Esito degli accertamenti: Con sentenza 18.01.2016 il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni ha respinto il ricorso, tuttavia ha ritornato gli atti affinché l'Ufficio AI esamini la nuova documentazione medica prodotta alla stregua di una nuova domanda di prestazioni AI. Dall'ulteriore nuova documentazione medica acquisita all'incarto ma in particolare dalla perizia pluridisciplinare a cui la Signora RI 1 è stata sottoposta nei mesi di marzo e aprile 2017 presso il Servizio Accertamento Medico di Bellinzona, risulta che l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale nell'attività tuttora esercitata di operatrice socio-assistenziale prima infanzia è considerata nella misura del 100 %. Dal punto di vista reumatologico, neurologico, pneumologico, psichiatrico non vi sono limitazione per quanto riguarda l'abituale attività lavorativa della signora RI 1, come pure per qualunque attività professionale con attività fisica da leggera a moderata, senza esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. Anche nel compimento delle mansioni consuete di casalinga non vi sono limitazioni. Osservazioni al progetto di decisione del 06.07.2017: In data 31.07.2017 e 11.09.2017, abbiamo ricevuto le vostre osservazioni avverso il summenzionato progetto. Nello scritto dell'11.09.2017 vi era allegata una certificazione medica redatta dalla Dr.ssa _____. La stessa è stata inoltrata al vaglio del Servizio Medico Regionale (SMR). Quest'ultimo, dopo attenta valutazione, ha stabilito che quanto giunto in fase di audizione non indica una nuova patologia o una modifica sostanziale dello stato di salute rispetto a quanto scaturito dalla valutazione peritale alla quale l'Assicurata è stata sottoposta. Pertanto, confermiamo la piena capacità lavorativa della Signora RI 1 sia nella sua attività abituale in qualità di operatrice socio-assistenziale prima infanzia che in attività adeguate al suo stato di salute. Visto quanto sopra si conferma in toto quanto descritto nel suddetto progetto di decisione." (doc. AI 239) Con il ricorso l'assicurata contesta tali conclusioni, elencando le varie affezioni di cui soffre e producendo documenti già agli atti oltre ad una nuova certificazione della dr.ssa _____ del Servizio d'immunologia clinica e di reumatologia dell'Ospedale _____ di _____ (del 17 agosto 2017), insistendo in sostanza per la richiesta di una mezza rendita d'invalidità. L'amministrazione ha sottoposto la documentazione al SMR, il quale, esaminati i nuovi atti medici, ha concluso che gli stessi non permettevano di modificare la valutazione del SAM (doc. IV/1). La ricorrente ha ulteriormente prodotto un nuovo certificato del 27 novembre 2017 della dr.ssa _____, un rapporto del dr. _____ del 30 novembre 2017 e della dr.ssa _____ del 16 ottobre 2017 (doc. O-Q), in merito ai quali il medico SMR ha nuovamente ribadito che gli stessi non attestavano una modifica dello stato di salute rispetto a quanto accertato dal SAM (doc. X/1). 2.6. 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). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di

Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum 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). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta 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 premorbo, 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 psico-sociale 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 psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio la perizia pluridisciplinare del SAM del 22 giugno 2017 (doc. AI 231), confermata dal SMR il 5 luglio 2017 (doc. AI 232). Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede. In effetti i periti, dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le costatazioni obiettive e gli esami di laboratorio e radiologici, hanno posto le sopra elencate (cfr. al consid. 2.5) diagnosi di fibromialgia di tipo primario, cervico-toraco-lombalgie, gonalgie bilaterali, tendinopatia dei tendini achillei, stato dopo osteotomia per allungamento delle due gambe nel giugno del 1994 per una sindrome di Turner, asma bronchiale leggera e intermittente, crisi ansiose parossistiche (DD disturbo di personalità ansioso), rinite cronica e Intolleranza al lattosio. Sulla base di consultazioni specialistiche approfondite, essi si sono espressi su tutte le patologie lamentate, hanno esaminato la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa in modo completo e accurato, concludendo per una piena abilità lavorativa. Per quanto innanzitutto riferito alla sfera reumatologica, il dr. _____, ha ricordato che si trattava di un'assicurata che soffre di una malattia congenita sotto forma di una sindrome di Turner. Tale sindrome ha portato, per quanto riguarda l'aspetto muscolo-scheletrico, soprattutto a una diminuzione di statura per cui in giovane età, nel 1994, si era proceduto a un intervento alle gambe bilateralmente con una osteotomia bilaterale delle tibie con allungamento. Il decorso era stato favorevole. L'assicurata aveva quindi anche subito un intervento per una deformazione in piede equino bilaterale. Dopo aver illustrato la sua formazione professionale (liceo artistico, designer SUP in comunicazione visiva, operatrice socio-assistenziale della prima infanzia) il perito ha osservato come i disturbi all'apparato muscolo-scheletrico dell'assicurata fossero peggiorati negli ultimi anni, specialmente dal 2009. Rielencate le certificazioni mediche agli atti, nelle quali venivano descritte soprattutto delle problematiche degenerative alla colonna cervicale e lombare nonché i disturbi alle ginocchia e la tendinopatia achillea, ha osservato come alla visita clinica fossero riscontrabili dei reperti sostanzialmente simili a quelli già descritti dai colleghi con soprattutto dei dolori cervico-lombari, alle ginocchia e del tendine achilleo bilateralmente. Ha quindi esposto: " (...) È presente in modo preponderante attualmente un quadro di tipo fibromialgico di tipo primario. Quest'ultimo era già stato ipotizzato dal collega Dr. med. _____. Egli aveva riscontrato solo 3 punti dolorosi su 18. Vi è stata, come spesso accade in questa patologia, un'evoluzione con una tendenza alla generalizzazione dei disturbi. Attualmente vi sono tutti i punti necessari per questa diagnosi. In associazione vi sono tutta una serie di disturbi funzionali che vanno dalla cefalea al bruxismo, ai dolori alla muscolatura del massetere, ai disturbi cardiaci e a una problematica probabilmente di colon irritabile che ben si associano a questa problematica. Si tratta di una fibromialgia di tipo primario in relazione con una sindrome ansioso-depressiva descritta dallo psichiatra Dr. med. _____. Per le problematiche

degenerative alla colonna vertebrale non ho riscontrato attualmente nessuna sindrome irritativa radicolare né alle estremità superiori né inferiori. Le indagini radiologiche da me effettuate mostrano delle alterazioni degenerative di modesta entità che ben si sposano con le indagini antecedenti in particolar modo con una MRI della colonna cervicale e lombare eseguite nel 2015. Anche per quanto riguarda i disturbi al tendine achilleo si evince attualmente dei dolori alla palpazione. Non vi sono comunque segni di infiammazione locale od tendinosi. Reperto questo compatibile con l'ecografia eseguita il 19 maggio 2015. Tutto sommato dal punto di vista muscolo-scheletrico vi è un -quadro clinico e radiologico che non comporta delle limitazioni funzionali significative. In particolar modo non comporta una limitazione nelle attività professionali apprese e svolte da parte dell'assicurata. Si tratta di attività lavorative non particolarmente pesanti sia nell'ambito della sorveglianza dei bambini come pure nell'eventuale ripresa dell'attività professionale imparata di designer SUP in comunicazione visiva. La mia valutazione si discosta dalle prese di posizione dei medici curanti in particolar modo dalla Dr.ssa med. _____ che aveva ritenuto un'incapacità lavorativa del 20% per consentire all'assicurata un adeguato trattamento. Penso che questi trattamenti possano essere svolti al di fuori dall'attività occupazionale. L'assicurata di per sé svolge già gli esercizi di stretching in maniera autonoma. Per quanto riguarda la presa di posizione dell'incapacità lavorativa del Prof Dr. med. _____ egli si esprimeva in un momento in cui l'assicurata era in gravidanza. Riteneva di rivalutare questa incapacità lavorativa dopo la conclusione della gravidanza e il parto. Se allora vi erano dei presupposti per un'incapacità lavorativa attualmente questi non sono più presenti.” Secondo il perito dunque dal punto di vista muscolo-scheletrico il quadro clinico e radiologico non comportava delle limitazioni funzionali significative, segnatamente nell'attività lavorativa esercitata dall'assicurata così come in quelle imparate (per esempio quale designer SUP in comunicazione visiva). Motivando le ragioni per le quali egli si discostava da quanto concluso in passato dai dr. _____ e dr. _____, ha quindi concluso per l'assenza di inabilità lavorativa per motivi reumatologici con motivazioni approfondite e pertinenti, dalle quali questo Tribunale non ha motivo di scostarsi. Per quanto riferito alla sfera neurologica, il dr. _____, dopo aver descritto nel dettaglio l'anamnesi e lo stato clinico neurologico, ha osservato che l'esame neurologico dettagliato era normale e non vi erano deficit che facessero sospettare una lesione da parte del sistema nervoso centrale o periferico. In particolare non vi erano “ elementi indicativi di una sindrome radicolare attualmente sintomatica agli arti inferiori ”. Pure da escludere a suo avviso era la presenza di un'irritazione radicolare. Ha quindi concluso affermando che “ per quel che riguarda gli ,aspetti neurologici non si trovano reperti rilevanti e i sintomi descritti dalla paziente sono spiegati principalmente da problematiche di competenza reumatologica. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici l'A. è abile al lavoro al 100% e non vi sono proposte terapeutiche”. Anche tali conclusioni sono convincenti e non prestano il fianco a critica alcuna. Per quanto riferito alla sfera pneumologica, il dr. _____, eseguita una funzione polmonare (con esito normale, senza segni per un disturbo ventilatorio di tipo ostruttivo o della diffusione), e approfondita la situazione clinica, posta la diagnosi di asma bronchiale leggera intermittente - per la quale la paziente non aveva mai dovuto essere sottoposta ad un trattamento in urgenza, né a ricoveri né a trattamento con corticosteroidi sistemici - ha concluso che “non ci sono elementi per giustificare dal punto di vista medico teorico pneumologico un'incapacità lavorativa persistente nell'attività da ultimo svolta della paziente. La paziente non presenta neppure limitazioni per attività professionali con attività fisica da leggera a moderata”. Anche tale valutazione specialistica

approfondita e dettagliata merita di essere condivisa. Infine, per quanto riferito alle problematiche psichiatriche, il dr. _____, dopo aver descritto l'anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, ha osservato quanto segue. " L'assicurata fin dalle prime tappe della sua vita si è dovuta confrontare con una patologia causata da una anomalia genetica che l'ha posta in una condizione di palese diversità dalle sue coetanee per via della bassa statura e di altre caratteristiche somatiche tipiche di questo genere di malattia. Essendo stata sottoposta ad interventi per l'accrescimento degli arti inferiori l'A. ha dunque precocemente dovuto convivere con il dolore fisico per vincere la sua battaglia contro una malattia che compromettendo tra gli altri gli organi della riproduzione avrebbe anche potuto condurla alla sterilità. L'A. anche se un po' in là con gli anni è alla fine riuscita a coronare il suo desiderio di maternità dando alla luce una figlia sana. Pur riuscendo ad affermarsi nei vari ambiti della vita l'A. non è peraltro stata in grado di sradicare le insicurezze profonde che l'hanno accompagnata in tutti questi anni che ella ha vissuto alla costante ricerca di un alleggerimento degli effetti della sua malattia e nonostante la presenza di crisi ansiose, vissuti di inadeguatezza e condotte di evitamento delle esposizioni pubbliche." Sulla base di queste constatazioni il perito psichiatra ha posto le diagnosi di crisi ansiose parossistiche (DP disturbo di personalità ansioso), ritenendo che " pur avendo riscontrato la presenza di crisi ansiose parossistiche e di insicurezze profonde riconducibili a vissuti di inadeguatezza legati alla malattia di origine genetica di cui l'A. è affetta non sono queste problematiche emerse di una gravità tale da configurare una diagnosi psichiatrica dotata di ripercussioni invalidanti". Anche a tale valutazione, tratta sulla base di un approfondito esame clinico e testistico – che non ha tralasciato alcun elemento di rilievo, e che ha quindi concluso per l'assenza di affezioni con influsso sulla capacità lavorativa – si deve aderire senza riserve. Alla luce di tali dettagliati consulti specialistici, il SAM ha concluso che non vi erano limitazioni della capacità lavorativa di rilievo, l'assicurata essendo da considerare abile in misura completa nell'attività esercitata di operatrice socio-assisten-ziale prima infanzia. L'abilità era pure piena come casalinga e in qualunque attività professionale " con attività fisica da leggera a moderata, senza esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie ", con la precisazione che, come descritto nel rapporto del SMR del 19 dicembre 2011 (doc. AI 156), l'assicurata non era idonea " a svolgere attività lavorative da svolgere unicamente in posizione eretta, attività da svolgere in posizione seduta o in alternanza può essere svolta senza limitazioni" . I periti hanno pure fatto rilevare che vi era stata una certificazione d'inabilità lavorativa completa dal 1 giugno 2016 da parte del medico curante a motivo di gravidanza e, quindi, non per le affezioni di cui è portatrice l'assicurata. In effetti, a decorrere da gennaio 2017, dopo aver partorito sua figlia in agosto 2016, l'interessata aveva ripreso la propria attività lavorativa. Da questo momento andava quindi ammessa la capacità lavorativa nella misura del 100% nell'attività tuttora esercitata come pure in un'attività adatta. Con riferimento alle terapie da approntare, il SAM ha osservato che dagli elementi raccolti non emergevano indizi per un'insufficiente aderenza terapeutica dell'assicurata. Inoltre, secondo il consulente in reumatologia il trattamento seguito dall'interessata era da considerare adeguato, non vi erano ulteriori proposte terapeutiche, continuando l'interessata con la fisioterapia ambulatoriale e lo stretching. Per quanto riguardava invece le problematiche psichiche, secondo il consulente in psichiatria era indicata una presa a carico psicologica che potesse " aiutare l'assicurata a meglio gestire le insicurezze da lei percepite, il che potrebbe portare a un miglioramento del suo stato di salute. " (doc. AI 231). Dette conclusioni sono state confermate dal medico SMR nel rapporto finale del 5 luglio 2017 (doc. AI 232) e questo Tribunale non ha motivo per non

confermarle, in assenza di elementi o documentazione probatoria che possa permettere conclusione diversa. Del resto le stesse hanno potuto essere confermate dall'amministrazione anche dopo esame del certificato del 24 agosto 2017 della dr.ssa _____ (attestante in sostanza la diagnosi di sindrome dolorosa multifattoriale con descrizione delle terapie intraprese, segnatamente mesoterapia e riabilitazione multifunzionale-posturale, doc. AI 238) prodotto in sede di osservazioni al progetto di decisione. In proposito in effetti il medico SMR ha osservato che da tale certificato non risultava nessuna nuova patologia o modifica sostanziale dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM (doc. AI 236). Tale conclusione va condivisa, ove peraltro si rilevi che il certificato in questione nemmeno si pronuncia su eventuali influenze sulla capacità lavorativa dei disturbi lamentati. Nel ricorso la ricorrente si è limitata in sostanza ad un dissenso puramente soggettivo, ritenendo di essere inabile almeno nella misura del 50%, elencando le patologie di cui soffre, ma senza indicare in che modo e in che misura le conclusioni tratte dal SAM sarebbero errate. Per quanto riguarda la documentazione prodotta durante la procedura ricorsuale va detto che l'amministrazione ha provveduto a sottoporla al SMR, il quale ha concluso che i documenti messi a disposizione non erano tali da modificare la valutazione SAM espressa nella perizia del 22 giugno 2017 (cfr. in esteso al consid. 2.5 e di seguito). A ragione. In particolare, con il ricorso l'assicurata ha prodotto, oltre a documentazione già agli atti e quindi già esaminata dall'amministrazione, un rapporto della dr.ssa _____ del Servizio di immunologia clinica e reumatologia dell'Ospedale _____ di _____ del 17 agosto 2017, che pone le diagnosi di Sindrome cervicobrachiale cronica, Sindrome lombosondilogenica cronica, Bruxismo, Sindrome di Turner con mosaico 40x/46xx, epatopatia di tipo mista, asma bronchiale intrinseca di grado leggero moderato, e consiglia la ripresa di una fisioterapia attiva. Nel suo referto la reumatologa rileva di non aver riscontrato elementi che farebbero pensare ad un processo autoimmune dei dolori riferiti. Non erano nemmeno rilevabili, malgrado la presenza di un'anomalia di transizione con un'emilombalizzazione dell'SI e alterazione degenerativa a livello C5-C6 con bulging discale, né una compressione radicale e midollare né compressioni radicolari. A suo avviso, i dolori riferiti erano in parte attribuibili alle alterazioni degenerative a livello della colonna cervicale e della colonna lombare, così come all'anomalia di transizione a livello della colonna lombare e ad una componente miofasciale importante, in parte legata ad un decondizionamento muscolare. Da qui la prescrizione di una fisioterapia attiva antalgica con l'obiettivo di migliorare la stabilità del passaggio cervicotoracale e lombosacrale. La specialista non si è per contro pronunciata in alcun modo su un'eventuale inabilità lavorativa. A ragione pertanto il medico SMR, nella sua Annotazione del 24 ottobre 2017, ha concluso che "dall'attuale documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute in particolare reumatologico rispetto alla valutazione in ambito SAM e rispetto alla precedente valutazione reumatologica a _____ nel 2016 ." (doc. IV/1). La ricorrente ha ulteriormente prodotto un aggiornamento della dr.ssa _____ del 16 ottobre 2017, con il quale la reumatologa conferma in sostanza le note diagnosi e ribadito la necessità di seguire una fisioterapia attiva (doc. Q). Quanto d'altra parte al certificato del 30 novembre 2017 del dr. _____ del reparto di chirurgia ortopedica dell'Ospedale _____ di _____, lo stesso pone la diagnosi di "Gonalgia a destra di origine non chiara", riferendo di addotti intermittenti dolori da 3 mesi, attualmente pressoché assenti, di possibile origine meniscale, rilevando come la sintomatologia fosse al momento rientrata. Conclude quindi per l'assenza di indicazione chirurgica ("Ad ogni modo clinicamente non appare evidente alcun elemento

che giustificerebbe un'eventuale presa a carico chirurgica nella fattispecie di un'artroscopia diagnostica”), la diagnosi di una lesione del menisco laterale non potendo essere attestata. Lo stesso non si pronuncia su un'eventuale inabilità lavorativa per problematiche ortopediche (doc. P). Infine, quanto alla nuova certificazione del 27 novembre 2017 della dr.ssa _____, la stessa conferma i precedenti certificati e riferisce del fatto che l'assicurata sarebbe seguita dal punto di vista riabilitativo per sindrome dolorosa cronica in disfunzione cranio-mandibolo-posturale. La curante riferisce di “ un rallentamento metabolico con muscoli ipertrofici, infiammati e dolenti legati alla sindrome di Turner. I blocchi strutturali multisegmentari a livello della colonna, la disfunzione a livello degli arti inferiori e la muscolatura ipertonica infiammata portano a sintomatologia dolorosa e minore resistenza fisica con facile affaticabilità, limitata capacità di mantenere posizioni prolungate ”, ma non attesta alcuna inabilità lavorativa. Conclude quindi consigliando “ una riabilitazione miofunzionale posturale che comprenda anche un riequilibrio metabolico per migliorare l'equilibrio posturale e metabolico ed infine la performance motoria della signora ” (doc. O). Con riferimento a questi ultimi certificati, il medico SMR, nell'annotazione 23 gennaio 2018, ha quindi con pertinenza concluso che “ dagli attuali rapporti non risulta una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM. Nei rapporti della dr.ssa _____ e della dr.ssa _____ non vi sono nuovi elementi clinici mentre dal rapporto dr. _____ risulta intercorrente problematica a livello del ginocchio con evoluzione favorevole “ (doc. X/1). A queste conclusioni del SMR, tratte sulla base di un accurato esame del caso, questo giudice deve aderire, ove peraltro si osservi che le limitazioni menzionate dalla dr.ssa _____ (facile affaticabilità, limitata capacità di mantenere posizioni fisse prolungate) coincidono in sostanza con quelle considerate dai periti SAM nella perizia del 22 giugno 2017 laddove essi hanno precisato che l'assicurata era da considerare abile nella sua attività così come in qualunque attività professionale con attività fisica da leggera a moderata, dovendosi evitare attività da svolgere unicamente in posizione eretta, essendo da privilegiare attività in posizione seduta o in alternanza seduta/eretta (doc. AI 231 cifra 9. 1.1. menzionata per esteso al consid. 2.5). Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.6), le certificazioni dei medici curanti dell'insorgente, che peraltro nemmeno ne attestano un'eventuale incapacità lavorativa, non consentono di dipartirsi dalle conclusioni del SAM e del SMR che si sono espressi, in modo coerente e privo di contraddizioni. Considerato pertanto come l'assicurata abbia contestato le conclusioni dell'amministrazione senza tuttavia produrre, né durante la procedura amministrativa né in sede di ricorso, documentazione rilevante o fornire elementi che consentano in qualche modo a questo giudice di considerare inattendibili la perizia SAM e le valutazioni del SMR, dalle conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata non è possibile dipartirsi. In particolare l'interessata non ha fornito documentazione medica attestante un danno alla salute d'en-tità maggiore, la presenza di qualsivoglia altra patologia invalidante o un peggioramento successivo alla perizia del SAM e entro la data della decisione contestata (ritenuto 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; DTF 132 V 220 consid. 3.1.1, 130 V 138 consid. 2). All'assicurata va del resto 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). Questo Tribunale ritiene quindi che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti (valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Ne discende che la richiesta dell'assicurata di essere sottoposta ad una perizia " arbitrale, per eliminare qualsiasi incertezza in merito allo stato di salute della nostra assistita " (doc. XII) va respinta. Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia SAM del 22 giugno 2017 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e gli affidabili pareri dei medici del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.6) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto prima della decisione contestata del 20 settembre 2017 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che all'assicurata va riconosciuta una capacità lavorativa medico-teorica piena nell'attività esercitata di operatrice socio-assistenziale prima infanzia del 100 % così come in qualunque attività professionale con attività fisica da leggera a moderata, senza esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie, dovendosi unicamente evitare attività in posizione unicamente eretta, mentre che attività svolte in posizione seduta o in alternanza seduta/eretta possono essere svolte senza limitazioni. Anche nel compimento delle mansioni consuete di casalinga non sono state evidenziate limitazioni. Sia peraltro in questa sede richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572) . Val qui pure la pena ancora di osservare, con riferimento a quanto esposto al consid. 2.6 e alla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 143 V 409 e 143 V 418), che i periti del SAM e in particolare lo psichiatra dr. _____ non hanno applicato la presunzione secondo cui i disturbi psichiatrici possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile e non si sono limitati a rilevare che le problematiche psichiatriche di cui soffre l'assicurata non sono resistenti alla terapia, ma hanno verificato la capacità lavorativa della ricorrente sulla base di una valutazione puntuale ed oggettiva. 2.8. In considerazione di quanto detto, a ragione l'amministrazione ha concluso che, in assenza di un'incapacità lavorativa duratura, nessuna prestazione dell'AI poteva essere concessa all'assicurata (art. 6 e 8 LPGGA; cfr. al consid. 2.3). In effetti, l'interessata 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. La decisione impugnata, con la quale la richiesta di prestazioni è stata respinta, va quindi confermata e il ricorso rigettato.

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'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1, 130 V 140).

2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto. 2. Le spese di fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente

Guffi

Il segretario giudice Raffaele
Gianluca Menghetti

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