

TI_GERICHTE 32.2019.104 vom 18. April 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-04-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.104

FR: TI_GERICHTE 32.2019.104 du 18 avril 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.104 del 18 aprile 2019

Erwägungen

E. 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Al riguardo nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Va ancora rilevato che nella STF 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF 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). (...)” (regesto della DTF 141 V 9).

2.4. Nella fattispecie in esame l'Ufficio AI – entrato nel merito della nuova domanda dell'ottobre 2014 e vista la richiesta di perizia 3 luglio 2018 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 161/428) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del _____ (doc. AI 162/429-434 163/435 e 164/436-437). Dalla perizia pluridisciplinare del _____ del 20 dicembre 2018 (doc. AI 169/444-550), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e psichiatrica (dr.ssa _____). Posta la “Situazione iniziale e aspetti formali”, elencati gli atti, descritti l'anamnesi (famigliare, personale - sociale, professionale, patologica e sistemica; i disturbi soggettivi con le affezioni attuali e la descrizione della giornata) e le constatazioni obiettive, i periti non hanno ritenuto alcuna diagnosi internistica con influenza sulla capacità lavorativa e hanno esposto la “Valutazione medica e medico-assicurativa”, l' “Elenco dei quesiti peritali e relative risposte” e gli “Allegati”. Nel capitolo “Struttura della valutazione consensuale per perizie pluridisciplinari” i periti del _____ si sono così espressi: “ (...) Valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) L'A. è stata visitata dalla Dr.ssa med. _____, specialista FMH medicina interna, e dalla Dr.ssa med. _____,

specialista FMH fisioterapia e riabilitazione, in data 22.10.2018. Inoltre l'A. è stata visitata dai seguenti specialisti: - consulto reumatologico del Dr. med. _____, specialista FMH reumatologia e medicina interna, del 6.11.2018 (vedi allegato); - consulto neurologico del Dr. med. _____, specialista FMH neurologia, del 5.11.2018 (vedi allegato); - consulto psichiatrico del Dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, dell'8.11.2018 e 22.11.2018 (vedi allegato). Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM. A Valutazione medica integrativa contenente: - breve riepilogo del decorso della malattia (nessuna anamnesi, nessuna citazione ripresa dai rapporti delle singole perizie); - derivazione/motivazione delle attuali diagnosi. Brevemente ricordiamo che l'A., dopo aver ottenuto il diploma d'impiegata di vendita nel 1995, da dicembre 1996 svolge questa attività presso diverse filiali di _____ (inizialmente a _____ e _____ e dal 2006 a _____), con un contratto a tempo pieno. Dal 2011 presenta periodi intermittenti d'incapacità lavorativa per patologia lombare, alternati con ripresa del lavoro al massimo nella misura del 50%. Inoltre una prima richiesta di prestazioni AI il 19.10.2012. In base alla perizia reumatologica del Dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, _____, del 25.3.2014, l'Ufficio AI respinge la richiesta di prestazioni per un grado d'invalidità dell'8-13% (decisione dell'11.6.2014). L'A. continua a lavorare nella misura del 50% fino a maggio 2014, quando si sono esaurite le prestazioni di IPG per il rimanente 50%. A partire dall'1.6.2014 l'A. riduce il contratto di lavoro dal 100% all'80% anamnesticamente per motivi di salute (patologia lombare) e viene spostata dal reparto bambino al reparto abbigliamento donna, dove il carico lavorativo risulta meno intensivo. Vi è un'incapacità lavorativa del 100% dal 30.9.2014 per esacerbazione della sindrome algica lombovertebrale, per cui l'A. inoltra una seconda richiesta di prestazioni AI il 17.10.2014. Vi sono poi periodi d'incapacità lavorativa del 100% dal 30.10.2014 al 31.3.2015 per patologia al ginocchio ds. e dal 4.5 al 6.10.2015 nell'ambito di due interventi chirurgici alla colonna lombare. Dal 7.10.2015 l'A. riprende il lavoro nella misura del 50% e dall'8.11.2015 lavora di nuovo nella misura del contratto all'80%. Vi è un congedo maternità dal 3.2.2016 a metà maggio 2016, seguito da un congedo non pagato fino a fine dicembre 2016. Da gennaio 2017 l'A. riprende il lavoro con un contratto a ore (circa 20%) presso il reparto abbigliamento donna, giustificando la riduzione della percentuale lavorativa con disturbi di salute (patologia lombare e problemi alle ginocchia) e la necessità di cura del bambino. Lavora il giovedì dalle ore 17:00 alle ore 21:00 e al sabato 4 ore al mattino o al pomeriggio (eventualmente 5 ore con una pausa). L'attuale perizia pluridisciplinare viene richiesta per valutare l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dal 2014 ad oggi, con determinazione temporale e menzione delle limitazioni funzionali residue. Durante il soggiorno dell'A. presso il _____, abbiamo potuto evidenziare le seguenti patologie decisive per la valutazione del caso: Patologia reumatologica Come diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa l'A. presenta una sindrome lombovertebrale cronica in stato dopo spondilodesi L3-L4 (strumentazione posteriore e gabbia, posate in due tempi a distanza di un mese 4.5.2015 e 1.6.2015), nonché dolore e infiammazione persistente al ginocchio sin. in stato dopo meniscectomia parziale laterale di un menisco discoide 22.11.2017, infiltrazioni con corticosteroidi gennaio 2018 e agosto 2018, con attualmente persistenza di un piccolo versamento. Come diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa l'A. presenta uno stato dopo meniscectomia laterale parziale al ginocchio ds. 24.11.2014 e uno stato dopo meniscectomia mediale e laterale parziale al ginocchio ds. 21.10.2016, con attualmente un ginocchio poco sintomatico, nonché una carenza marziale e una stanchezza cronica

aspecifica. Nell'attuale attività lavorativa di venditrice/cassiera (lavoro svolto in piedi) l'A. presenta una capacità lavorativa del 60%, intesa come lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento del 40%. Vi è una riduzione del rendimento del 20% se il lavoro di venditrice/cassiera può essere svolto da seduta, a causa dei problemi alla schiena. Vi è un'incapacità lavorativa totale per qualunque attività di venditrice/cassiera per tre mesi dopo ogni intervento chirurgico alla schiena e alle ginocchia. Al di fuori di questi periodi di convalescenza, la capacità lavorativa corrisponde a quella attuale. L'A. può svolgere un'attività adeguata a tempo pieno, con una diminuzione del rendimento al massimo del 10% a causa dei problemi alla schiena e al ginocchio sin. In un'attività adatta, vi è un'incapacità lavorativa di tre mesi dopo gli interventi alla schiena e di un mese dopo gli interventi alle ginocchia. Patologia neurologica Dal lato neurologico l'A. non presenta diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa. Ella presenta una sindrome lombovertebrale cronica con stato da stabilizzazione L3-L4 nel maggio 2015, senza deficit neurologici associati e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa dal punto di vista neurologico. Dal lato neurologico può svolgere qualsiasi attività lavorativa nella misura del 100%. Patologia internistica La carenza marziale in stato dopo terapia marziale endovenosa per anemia sideropenica nel 2017 e la stanchezza cronica aspecifica non limitano l'A. nella sua capacità lavorativa dal punto di vista internistico. Patologia psichiatrica Non abbiamo potuto porre una diagnosi psichiatrica. Dal punto di vista psichiatrico l'A. presenta una capacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività lavorativa. B Diagnosi rilevanti con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa B.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa. Sindrome lombovertebrale cronica, in: - stato dopo spondilodesi L3-L4 (strumentazione posteriore e gabbia, posate in due tempi a distanza di un mese 4.5.2015 e 1.6.2015); - assenza di deficit neurologici associati. Dolore e infiammazione persistente al ginocchio sin., in: - stato dopo meniscectomia parziale laterale di un menisco discoide 22.11.2017; - infiltrazioni con corticosteroidi gennaio 2018 e agosto 2018; - attualmente persistenza di un piccolo versamento. B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Stato dopo meniscectomia laterale parziale ginocchio ds. 24.11.2014 e stato dopo meniscectomia mediale e laterale parziale ginocchio ds. 21.10.2016, in: attualmente ginocchio poco sintomatico. Carenza marziale in stato dopo terapia marziale endovenosa per anemia sideropenica 2017. Stanchezza cronica aspecifica. C. Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi I problemi alla schiena e attualmente anche i problemi al ginocchio sin. limitano parzialmente la capacità lavorativa dell'A. per qualunque lavoro manuale e per qualunque lavoro che richieda la posizione eretta prolungata o spostamenti a piedi molto ripetitivi. Queste patologie incidono in modo molto importante in attività pesanti a mediamente pesanti, per spostamenti su terreni accidentati, movimenti molto ripetitivi di flessione-estensione delle ginocchia in carico, posizione accovacciate e prolungate, posizione inginocchiata, salire e scendere scale e scale a pioli. Vi sono delle limitazioni importanti anche in attività al di sopra dell'altezza delle spalle. Per motivi reumatologici l'A. presenta le risorse fisiche seguenti: Risorse fisiche: [...] (cfr. lo specchio sub doc. AI 169/482-483) D Discussione di aspetti della personalità eventualmente rilevanti L'A. presenta una stabilità psichica che le ha permesso che la problematica fisica non abbia influito sulle sue condizioni psichiche. Ella ha sempre presentato capacità psichiche tali da poter attuare un progetto di vita sia familiare, sia lavorativo. E Discussione di fattori di stress e risorse L'A. dispone di buone risorse ed è capace di affrontare e superare gli eventi e le difficoltà della vita. F Verifica della coerenza Vi è coerenza e l'A. non presenta un'amplificazione di sintomi. G Capacità

lavorativa nell'attività svolta finora L'A. presenta un'attuale capacità lavorativa globale del 60% come venditrice (lavoro svolto in piedi), intesa come lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento del 40%. Come venditrice e commessa con la possibilità di svolgere da seduta l'attività lavorativa, l'A. è abile al lavoro nella misura dell'80% (20% di diminuzione di rendimento).

H Capacità lavorativa in un'attività adeguata In un'attività adeguata, rispettosa dei limiti funzionali e delle risorse fisiche descritte al capitolo C, l'A. presenta un'attuale capacità lavorativa globale del 90%, intesa come lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento del 10%

I Motivazione della capacità e dell'incapacità lavorative complessive (le incapacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto) Nell'attività abituale di venditrice (lavoro svolto in piedi) e in un'attività adeguata vi è unicamente una limitazione dal lato reumatologico.

II Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo nell'attività svolta L'A. presenta una capacità lavorativa globale del 60% come venditrice (lavoro svolto in piedi), intesa come lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento del 40%, valida dall'ottobre 2014 (terza [ndr. recte: seconda] richiesta AI da parte dell'À). Possiamo codificare una capacità lavorativa dello 0% dal 30.9 al 9.10.2014 per degenza presso la Clinica _____, _____, dal 24.11.2014 al 24.2.2015 per convalescenza in stato dopo intervento artroscopico con meniscectomia laterale parziale al ginocchio ds., dal 4.5.2015 all'1.9.2015 per convalescenza in stato dopo due interventi chirurgici alla colonna lombare, dal 21.10.2016 al 21.1.2017 per convalescenza dopo artroscopia e meniscectomia parziale mediale e laterale al ginocchio ds. e dal 22.11.2017 al 22.2.2018 per convalescenza dopo artroscopia e resezione parziale del menisco discoide laterale al ginocchio sin. Al di fuori di questi periodi di degenza/convalescenza la capacità lavorativa globale è del 60%, come sopra descritta. Ricordiamo che da febbraio 2016 vi è stato un congedo di maternità, seguito da un congedo non pagato fino a fine dicembre 2016.

I.2 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo in un'attività adatta In un'attività adeguata, rispettosa dei limiti funzionali e delle risorse fisiche descritte al capitolo C, l'A. presenta una capacità lavorativa globale del 90%, intesa come lavoro a tempo pieno con diminuzione del rendimento del 10%, valida dall'11.6.2014. Possiamo codificare una capacità lavorativa dello 0% dal 30.9 al 9.10.2014 per degenza presso la Clinica Santa Chiara, Locarno, dal 24.11 al 24.12.2014 per convalescenza dopo intervento artroscopico con meniscectomia laterale parziale al ginocchio ds., dal 4.5.2015 all'1.9.2015 per convalescenza in stato dopo due interventi chirurgici alla colonna lombare, dal 21.10 al 21.11.2016 per convalescenza dopo artroscopia e meniscectomia parziale mediale e laterale al ginocchio ds. e dal 22.11 al 22.12.2017 per convalescenza in stato dopo artroscopia e resezione parziale del menisco discoide laterale al ginocchio sin. Al di fuori di questi periodi di degenza/convalescenza l'A. presenta una capacità lavorativa globale del 90% in un'attività adeguata. Ricordiamo il congedo di maternità e il congedo non pagato nel 2016.

L Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa Dal punto di vista reumatologico non abbiamo proposte terapeutiche in grado di migliorare in misura rilevante la capacità lavorativa. Riteniamo utile, qualora dovesse essere realizzata un'ulteriore puntura articolare al ginocchio sin., un'analisi del versamento con i leucociti, per escludere un'origine infiammatoria. Le possibilità chirurgiche sono esaurite e d'ora in avanti l'A. deve avere unicamente una presa a carico con misure conservative. In primo piano vi è una fisioterapia attiva. Dal lato internistico consigliamo di ricontrollare l'emogramma e la ferritinemia e di sottoporre l'A. in caso di bisogno ad una nuova terapia marziale endovenosa.

M Risposte a domande particolari Non fa al caso. Informazioni sull'elaborazione della valutazione

consensuale con firma Come sopra riportato, la valutazione consensuale non è avvenuta mediante teleconferenza, in quanto viene attestata un'incapacità lavorativa unicamente per motivi reumatologici. Lasciamo al servizio medico regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 169/479-486). Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale 29 gennaio 2019 (doc. AI 172/557-561), si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del _____ e ha confermato la seguente capacità lavorativa: " (...) ATTIVITÀ ABITUALE (riferita come attività al 100%) 50% dal 06.2011 0% dal 30.09.2014 60% dal 10.10.2014 0% dal 24.11.2014 60% dal 25.02.2015 0% dal 04.05.2015 60% dal 02.09.2015 0% dal 21.10.2016 60% dal 22.01.2017 0% dal 22.11.2017 60% dal 23.02.2018 continua ATTIVITÀ ADEGUATA (riferita come attività al 100%) 100% dal 06.2011 90% dal 06.2014 0% dal 30.09.2014 90% dal 10.10.2014 0% dal 24.11.2014 90% dal 25.12.2014 0% dal 04.05.2015 90% dal 02.09.2015 0% dal 21.10.2016 90% dal 22.11.2016 0% dal 22.11.2017 90% dal 23.12.2017 continua MANSIONI CONSUETE (riferite come attività al 100%) 90% dal 06.2011 (...)" (doc. AI 172/559). Le osservazioni dell'assicurata dell'8 marzo 2019 (doc. AI 179/579-582) sono state sottoposte al _____ (doc. AI 182/586) che, nel complemento del 2 aprile 2019 (doc. AI 183/587-590), ha precisato: " (...) con lettera del 21.3.2019 ci è stato chiesto di prendere posizione sulle osservazioni della rappresentante legale dell'A. sopra menzionata, avv. _____, RA 1, _____, dell'8.3.2019. Abbiamo sottoposto le osservazioni al nostro consulente Dr. med. _____, specialista FMH reumatologia e medicina interna. Di seguito riportiamo in modo integrale la sua risposta: " Ringrazio di avermi sottoposto le osservazioni al progetto di decisione del 7.2.2019. Una prima obiezione è che la nostra valutazione diverga da quella di specialisti come il Dr. _____ che hanno avuto a carico l'assicurata e hanno la specialità in neurochirurgia. Si tratta questa di una costante di tutti i consulti. Nella quasi totalità dei nostri consulti vi è una divergenza rispetto alla valutazione degli specialisti che hanno in cura gli assicurati. Essendo la valutazione peritale neutra e indipendente rispetto a quella [ndr. di] chi segue rassicurata da tempo, si tiene conto della valutazione peritale in modo prioritario rispetto a quella dei medici coinvolti direttamente nella gestione del caso. Riguardo alle osservazioni sulla retroattività, al perito viene chiesto di stabilire la capacità lavorativa per quanto è ragionevolmente possibile ricostruire. Penso si possa facilmente capire che il 6.11.2018 è piuttosto complesso per il perito capire che cosa succedesse all'assicurata il 5.8.2014 riguardo alla capacità lavorativa. In base al racconto dell'assicurata il decorso è stato soddisfacente con un miglioramento nel senso che non si sono più verificati blocchi lombari iperalgici. Per stabilire retroattivamente, indicativamente, la capacità lavorativa si è dunque preso come riferimento un decorso non complicato dopo un intervento di spondilodesi lombare. Su questa base sono stati stabiliti i periodi di incapacità lavorativa retroattivi e l'entità dell'incapacità lavorativa. Per quanto riguarda la divergenza con la valutazione del Dr. _____, ritengo da un lato che un perito possa basarsi su una propria valutazione aggiornata e non debba conformarsi alla valutazione di un collega qualora la sua opinione fosse differente rispetto a quella del collega. Va detto inoltre che al momento della precedente perizia reumatologica del Dr. _____ redatta il 25.3.2014 l'assicurata era attiva come venditrice presso il reparto bambino della _____ di _____, anamnesticamente con un volume di merce molto alto. Dall'1.6.2014 invece l'assicurata lavora presso il reparto abbigliamento donna dello stesso negozio svolgendo compiti simili ma con un carico di lavoro meno intensivo (volume di merce meno

importante rispetto al reparto bambino). Resto a disposizione per qualunque domanda." Concordiamo con la presa di posizione del Dr. med. _____ e confermiamo dunque tutte le conclusioni della nostra perizia pluridisciplinare _____ del 20.12.2018. (...)" (doc. AI 183/587-588) Il dr. _____, nell'annotazione del 12 aprile 2019, si è allineato al suesposto complemento peritale 2 aprile del _____ e ha confermato il rapporto finale SMR del 29 gennaio 2019 (doc. AI 184/591). 2.5. 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.

E. 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/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 (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 e 122 V 160 consid. 1c). 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). 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 (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe 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 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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). 2.6. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulla perizia 20 dicembre 2018 con complemento del 2 aprile 2019 e confermate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.4). Perizia, quella del _____, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Non vi sono in effetti ragioni per scostarsi dalle convincenti e approfondite considerazioni espresse dai periti i quali hanno anche considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna valida documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il _____. In particolare tutta la documentazione medica richiamata nel ricorso è stata considerata dai periti del _____ essendo la stessa citata puntualmente nell' "Estratto degli atti" e meglio: al doc. AI 169/451 il rapporto medico 21 ottobre 2014 del dr. _____ e la lettera 28 ottobre 2014 del dr. _____ alla _____; al doc. AI 169/452 il verbale di chiusura 18 novembre 2014 dell'Ufficio AI; al doc. AI 169/453 il certificato medico 17 gennaio 2015 del dr. _____ e il rapporto medico 3 febbraio 2015 del dr. _____; al doc. AI 169/454 l'annotazione 2 aprile 2015 del medico SMR dr. _____ e il rapporto medico 15 aprile 2015 del dr. _____; al doc. AI 169/455 il rapporto medico 14 settembre 2015 del dr. _____; al doc. AI 169/456 rapporto medico 28 dicembre 2015 del dr. _____ e al doc. 169/457 il rapporto finale 26 settembre 2016 del medico SMR dr. _____. Del resto, pur avendone avuto l'occasione (cfr. consid. 1.5) e come ha fatto con il ricorso, l'insorgente non ha prodotto la benché minima documentazione medica e le sue argomentazioni vanno pertanto ritenute alla stregua di semplici allegazioni di parte. Nemmeno solo ravvisabili validi motivi per scostarsi dalle puntuali e precise considerazioni – sviluppate in merito alle osservazioni 8 marzo 2019 dell'insorgente (cfr.

doc. AI 179/579-583; che ricalcano sostanzialmente quanto addotto nel presente ricorso) – del 27 marzo 2019 del dr. _____ e confermate dai periti del _____ nel succitato complemento del 2 aprile 2019 (doc. AI 183/587-590). In particolare, quanto all’asserito peggioramento dello stato di salute a partire dal 5 agosto 2014 – l’insorgente, richiamati gli artt. 29bis e 88a OAI, sulla cui applicabilità si dirà al prossimo considerando, pretende che “(...) vanno considerati i 3 mesi a partire dal peggioramento secondo l’art. 88a OAI, decorrendo l’inizio del diritto alla rendita dal 1.11.2014 (3 mesi dall’attestata inabilità dal 5.8.2014). (...)” (I, punto 5, pag. 4) –, va pure rilevato che il dr. _____, se nel rapporto medico del 14 settembre 2015 (doc. AI 99/277-2829) ha attestato un’inabilità lavorativa del 100% dal 5 agosto 2014 sia quale venditrice che in un’attività adeguata per convalescenza, in quello precedente del 3 febbraio 2015 (doc. AI 76/196-203) non aveva per contro specificato né la percentuale né l’inizio dell’incapacità lavorativa quale venditrice e aveva attestato una capacità lavorativa del 100% in un’attività adeguata. Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.5; va qui inoltre evidenziato che il TF, nella STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che “(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l’avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest’ultimo. (...)” (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2)), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – la suesposta (cfr. consid. 2.4) valutazione della capacità lavorativa nel tempo (nell’attività abituale, in un’attività adeguata e quale casalinga), formulata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 29 gennaio 2019 sulla base della perizia 20 dicembre 2018 del SAM, va confermata. 2.7. In merito alla valutazione economica va rilevato quanto segue. L’insorgente, come accennato (cfr. consid. 1.3), pretende che al caso concreto vadano applicati gli artt. artt. 29bis e 88a cpv. 2 OAI. A torto. Con la decisione dell’11 giugno 2014, cresciuta incontestata in giudicato, l’Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni presentando l’assicurata un grado d’invalidità del 13% (cfr. consid. 1.1) e che nel mese di ottobre 2014 ella ha inoltrato una nuova domanda (cfr. consid. 1.2). Non trattandosi, pertanto, né di un caso in cui entro tre anni dalla sua soppressione il diritto alla rendita rinasce per un’incapacità al lavoro della stessa origine e nemmeno di una domanda di aumento del diritto alla rendita (cfr. consid. 2.2), l’art. 29bis OAI non è applicabile. Quanto all’art. 88a cpv. 2 OAI basti qui ribadire (cfr. consid. 2.3) che, secondo la giurisprudenza federale, questo disposto è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un’invalidità

che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti), ciò che non è dato nella presente fattispecie. Quanto al calcolo del grado d'invalidità l'Ufficio AI ha proceduto come segue: "(...) Calcolo del grado AI alla scadenza dell'anno d'attesa (30.09.2015) con capacità del 90% Reddito da valida Nel caso concreto, senza il danno alla salute nella sua abituale professione quale collaboratrice vendita reparto donna e cassa, la Signora RI 1 nell'anno 2015 avrebbe potuto conseguire CHF 53'950.- (fonte datore di lavoro _____). Reddito da invalida Malgrado il danno alla salute, tenuto conto delle limitazioni mediche e con una capacità lavorativa del 90% in attività adeguate, potrebbe invece conseguire CHF 43'732.40 (tabella RSS elaborata dall'Ufficio federale di statistica (attività semplici e ripetitive, valore mediano) settore femminile, riduzione complessiva dal reddito da invalido del 10% per attività leggera e altri fattori di riduzione). Il confronto dei redditi permette dunque di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI come segue: $53'950 - 43'732.40 \times 100 = 19\%$ 53'950 Essendo il grado AI inferiore al 40%, non sussiste alcun diritto a rendita. Calcolo del grado AI dal 11.02.2016 al 31.12.2016 (casalinga 100%) In ambito casalingo ci si attiene alla valutazione medico-teorica e non si procede con l'inchiesta a domicilio in quanto non sarebbe possibile definirlo con precisione in uno stato non più attuale. Medicalmente è stata definita una limitazione del 10%, per cui il grado AI corrisponde al 10%. Essendo lo stesso inferiore al 40%, non sussiste alcun diritto a rendita. La totale incapacità lavorativa dal 21.10.2016 al 21.11.2016 causata dall'intervento al ginocchio, non viene tenuta in considerazione in quanto la stessa è perdurata per un periodo di tempo inferiore ai tre mesi. Calcolo del grado AI nel 2017 con capacità lavorativa del 90% Reddito da valida CHF 53'950. Reddito da invalida Malgrado il danno alla salute, tenuto conto delle limitazioni mediche e con una capacità lavorativa del 90% in attività adeguate, potrebbe invece conseguire CHF 44'028.- (tabella RSS elaborata dall'Ufficio federale di statistica (attività semplici e ripetitive, valore mediano) settore femminile, riduzione complessiva dal reddito da invalido del 10% per attività leggera e altri fattori di riduzione). Il confronto dei redditi permette dunque di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI come segue: $53'950 - 44'028 \times 100 = 18\%$ 53'950 Essendo il grado AI inferiore al 40%, non sussiste alcun diritto a rendita. La totale incapacità lavorativa dal 22.11.2017 al 22.12.2017 non viene tenuta in considerazione in quanto la stessa è perdurata per un periodo di tempo inferiore ai tre mesi. (...)" (doc. AI 185/594-595) L'insorgente non ha contestato né l'applicazione del metodo ordinario del confronto dei redditi per calcolare il grado d'invalidità dopo l'anno di carenza dal mese di settembre 2015 e al termine del congedo maternità dal gennaio 2017, né i relativi importi dei redditi da valido e da invalido ritenuti dall'Ufficio AI, Ciò porta il TCA a non verificare oltre i gradi di invalidità stabiliti dall'amministrazione (in questo senso cfr. le STCA 32.2018.20 del 28 gennaio consid. 2.9; 32.2017.81 del 18 dicembre 2017 consid. 2.11.1; 32.2017.40 del 20 settembre 2017 consid. 2.6; 32.2016.137 del 23 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.122 del 10 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.109 dell'8 maggio 2017 consid. 2.10; 32.2016.108 del 2 maggio 2017 consid. 2.9 e 32.2016.107 del 10 aprile 2017 consid. 2.6). Quanto al periodo in cui è stata ritenuta quale casalinga al 100% (meglio dall'11 febbraio al 31 dicembre 2016; cfr. l'annotazione 23 maggio 2018 sub doc. AI 156/413), l'insorgente rileva che "(...) dal 11.2.2016 fino al 31.12.2016, l'Ufficio AI, considerando l'assicurata quale casalinga, avrebbe dovuto, sulla scorta della certificata inabilità, determinarne il grado secondo i relativi criteri di legge. (...)" (I, punto 7, pag. 5). Al riguardo – ribadito, da una parte, che la valutazione della capacità lavorativa nel tempo formulata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto

finale del 29 gennaio 2019 va confermata (cfr. consid. 2.6) e, dall'altra parte, considerato che dall'11.2.2016 fino al 31.12.2016 l'assicurata è stata ritenuta abile al 90% in un'attività adeguata (fatto salvo il periodo dal 21 ottobre al 21 novembre nel quale l'abilità era nulla) – questo Tribunale ritiene che con ogni verosimiglianza il grado d'invalidità come casalinga non avrebbe comunque raggiunto la soglia pensionabile del 40%. Giova qui inoltre rilevare come i periti del _____, nell'anamnesi, circa la “Descrizione della giornata” hanno evidenziato che “(...) se non lavora, si alza verso le ore 7:30-8:00, cambia il bambino, fa colazione, fa una doccia e si veste. Gioca con il bambino e 1-2 volte alla settimana si reca per la durata di due ore al centro _____, _____ (incontro _____). In caso di bisogno fa la spesa. Esegue le attività domestiche assieme al marito e riceve aiuto da un'amica nella pulizia di vetri e tapparelle. Prepara il pranzo che consuma in famiglia. Dopo pranzo guarda la televisione o esegue qualche attività domestica, mentre il bambino dorme. Eventualmente si riposa insieme al bambino. Esce per una passeggiata o al parco con il bambino. Si trova regolarmente con le sue amiche e con i parenti del marito. Prepara la cena che consuma in famiglia, dopodiché sta con il bambino. Porta il bambino a letto e sta con il marito. Guarda la televisione e si corica verso le 22:30. (...)” (doc. AI 169/470. Dalla suesaposta descrizione della giornata – dalla quale risulta come l'assicurata sia in grado di occuparsi delle pulizie (per quelle più pesanti è aiutata), di cucinare, di fare la spesa e di occuparsi del figlio – non risulta una rilevante limitazione nelle attività domestiche. Stante quanto precede, a mente di questo Tribunale – anche in assenza di un'inchiesta domestica e senza che sia necessario rinviare gli atti all'Ufficio AI affinché ne ordini una –, è dunque a giusta ragione che l'amministrazione ha negato il diritto alla rendita all'assicurata nel periodo durante il quale è stata ritenuta casalinga al 100%. Quanto, infine, al rifiuto di provvedimenti professionali, l'Ufficio AI ha incontestatamente addotto (e questo Tribunale può pertanto fare proprio) che “(...) per quanto concerne i provvedimenti professionali, il nostro consulente indica che non vengono messe in atto misure a carattere professionale in quanto la Signora RI 1 sta svolgendo la sua attività abituale nella misura del 20% e non è intenzionata a cambiare attività. (...)” (doc. AI 185/595). 2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 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.

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