

# **TI\_GERICHTE 32.2019.153 vom 16. Juni 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-06-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.153](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.153)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.153 du 16 juin 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.153 del 16 giugno 2020

## **Regeste**

Rendita intera limitata nel tempo. Confermata la soppressione della rendita visti la perizia bidisciplinare, la reintegrabilità dell'assicurata e in applicazione del confronto percentuale dei redditi stabiliti in base ai dati statistici

## **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). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). 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). 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 (DTF 125 V 256 consid.

### **E. 4**

Competenze : grado di disabilità lieve: non emergono deficit cognitivi che possano limitare il suo funzionamento anche se, a livello della caricabilità, la percezione del sintomo algico ha indubbiamente un influsso negativo sulle performance sebbene non di grado grave. Non sembra che esistano, vista la persistenza dei sintomi lamentati, altre mansioni in cui il funzionamento potrebbe risultare superiore.

### **E. 5**

Giudizio : grado di disabilità lieve: esame di realtà corretto; pur presentando una polarizzazione sui sintomi e comportamenti di evitamento questi non raggiungono un livello di pervasività tale da limitare notevolmente la capacità lavorativa.

### **E. 6**

Persistenza : grado di disabilità lieve-moderato: ha interrotto dopo due mesi di lavoro a tempo pieno riferendo un peggioramento delle algie ma dimostrando comunque di poter

affrontare un impiego sebbene a ritmi più blandi. La continuità potrebbe essere migliorata a mio avviso con l'introduzione di una farmacoterapia con SNRI.

**E. 7**

Assertività : grado di disabilità assente: l'assicurata mostra solo una lieve irritabilità consequenziale al dolore ma non ha chiuso i rapporti con l'esterno che mantiene invariati rispetto a prima dell'infortunio e dell'insorgenza della sintomatologia algica. Non sono presenti sentimenti di inadeguatezza personale e la percezione di disfunzionamento non dipende da elementi depressivi.

**E. 8**

Contatto con gli altri : grado di disabilità assente: non vi sono problemi di rapporto con gli altri né tendenza alla conflittualità o presenza di aspetti disforici che potrebbero interferire; appare colloquiabile e la sua socievolezza non appare essersi modificata con l'insorgenza del disturbo algico.

**E. 9**

Integrazione nel gruppo : grado di disabilità lieve: potrebbe essere poco tollerata dagli altri membri di un'equipe la necessità di pause aggiuntive ma non dovrebbe essere vicariata nei compiti per riduzione della competenza.

**E. 10**

Relazioni intime : grado di disabilità assente

**E. 11**

Attività spontanee : grado di disabilità assente: non sembra aver modificato il suo stile di vita.

**E. 12**

Cura di sé : grado di disabilità assente.

**E. 13**

Mobilità : grado di disabilità assente: sebbene lamenti una sensazione di non controllare bene l'arto a causa dei dolori e di disestesie, guida normalmente. 2. Conclusioni In conclusione ritengo che, dopo l'infortunio avvenuto nel 2015, l'assicurata abbia gradualmente sviluppato una sindrome da dolore somatoforme che almeno a partire dall'ottobre 2015, quando ha iniziato a rivolgersi a specialisti in modo maggiormente intenso, ha determinato una IL del 30% (riduzione del rendimento) in ogni attività lavorativa inclusa quella di casalinga. Ritengo che un intervento psicofarmacologico attraverso l'introduzione di un antidepressivo efficace anche nell'algomodulazione, possa essere utile e sicuramente da implementare, anche se non sono in grado con sufficiente verosimiglianza di stabilire a priori se questo potrà avere un impatto positivo sulla capacità lavorativa. Non ritengo che attualmente misure di reintegrazione professionale siano medicalmente utili a modificare la CL dell'assicurata. Qualora venga rilevata un'incapacità lavorativa su base ortopedico reumatologica ritengo che questa vada parzialmente integrata all'IL per motivi psichiatrici. La prognosi per un miglioramento della CL appare aperta; al momento non vi sono segni di una modificazione duratura della personalità da dolore cronico. (...)" (doc. AI 41/155-156) Il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia reumatologica del 1. gennaio 2017 (doc. AI 43/158-171) – dopo aver esposto l'anamnesi (personale, sistemica e

sociale), i dati soggettivi e le constatazioni oggettive (esame reumatologico e valutazione) – , ha posto la seguente diagnosi: " (...) Sindrome cervicospindilogenica cronica intermittente a destra, in - Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale) - Decondizionamento e sbilancio muscolare Sindrome lombospindilogenica cronica prevalentemente a destra, in - Nota spondilolistesi di primo grado secondo Meyerdig, di L5 su S1, su spondilolisi istmica di L5 - Pseudoprotrusione discale L5/S1 mediana-paramediana a destra con riduzione di ampiezza del forame di coniugazione destro di L5, spondilartrosi lombari caudali - Esiti da morbo di Scheuermann - Ipermobilità assiale - Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, iperlordosi lombare corta, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare) - Decondizionamento e sbilancio muscolare - Obesità (peso 89 kg / statura 162,5 cm) Fascite plantare bilaterale, in - Piedi piatti bilaterali - Obesità (peso 89 kg / statura 162,5 cm) (...)" (doc. AI 43/169-170) Lo stesso perito, quanto alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione, ha formulato la seguente valutazione: " (...) Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'assicurata può spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi oltrepassanti 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurata può talvolta sollevare pesi fino a 2 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi tra 2 - 5 kg fino all'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurata può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurata può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può spesso assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurata può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno in qualsiasi momento all'occorrenza. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, di rado salire su scale a pioli. Questi limiti funzionali tengono unicamente conto degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio campo di specialità, ma non di fattori non assicurati, quali la formazione, fattori socioculturali, la disoccupazione, difficoltà economiche, la disponibilità sul mercato del lavoro locale di un'attività tenente pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopra menzionati, rispettivamente rispecchiante le aspettative dell'assicurata, ecc.. Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero; in merito bisogna dunque osservare che, sulla base dei deficit funzionali fatti valere dall'assicurata, rimane in dubbio la capacità alla guida sicura di un autoveicolo, questo anche qualora l'assicurata dovesse potenziare la terapia-analgescica, in grado di generare effetti collaterali sulla vigilanza. Vi sono comunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale. Da ultimo l'assicurata era attiva come aiuto cucina presso il ristorante \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ dove, stando al questionario per il datore di lavoro compilato il 9.11.2015, era sovente addetta alla preparazione, alla produzione dei prodotti, sovente si occupava anche dei lavori di pulizia, della mis-en-place, dovendo dunque sovente camminare, sovente stare in piedi, talvolta sollevare rispettivamente trasportare carichi leggeri fino a 10 kg; mettendo a confronto il

mansionario lavorativo da ultimo vigente con le attuali risorse fisiche, ritengo che l'assicurata non possa più riprendere pienamente l'ultima attività lavorativa esercitata: la giudico per quest'ultima abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50 %, a decorrere dall' 1.6.2015; difficilmente il rendimento lavorativo potrà essere incrementato per quest'ultima attività, anche mettendo in atto tutte le misure terapeutiche sovramenzionate. In qualità di casalinga, la giudico, sempre a partire dall'1.6.2015, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 5 %, valutazione medico teorica che andrà, se di rilievo, stabilita sul piano pratico, tramite un'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica. In un lavoro adatto allo stato di salute, tenente pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopra da me descritti, giudico l'assicurata, sempre a partire dall'1.6.2015, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100%. (...)" (doc. AI 43/170-171) Il medico SMR dr.

\_\_\_\_\_, sulla base delle succitate perizie, nel "Rapporto finale SMR" dell'8 marzo 2017 (doc. AI 49/183-187) – poste le seguenti "Osservazioni conclusive" : "(...) Secondo la perizia \_\_\_\_\_ firmata dal Dr. med. \_\_\_\_\_, la sindrome da dolore somatoforme ha determinato una IL del 30% in ogni attività lavorativa, compresa quella di casalinga, intesa come riduzione del rendimento, a partire da Ottobre 2015. Il collega \_\_\_\_\_ scrive che una IL su base ortopedico reumatologica vada parzialmente integrata. Il Dr. med. \_\_\_\_\_, nella sua perizia, afferma che l'assicurata presenta una IL del 50% in attività abituale, intesa come riduzione del rendimento dal 01.06.2015. In attività adeguata, il collega \_\_\_\_\_ dichiara l'assicurata completamente abile a partire dal 01.06.2015. Come casalinga, il collega \_\_\_\_\_ attesta una IL del 5% intesa come riduzione del rendimento, sempre a partire dal 01.06.2016 [ndr. recte: 2015] . Integrando parzialmente le IL attestate dai periti incaricati dal nostro Ufficio, concludiamo per una IL del 60% in attività abituale come riduzione del rendimento a partire dal giorno di riconoscimento di IL 0% da parte di \_\_\_\_\_, ossia il 08.02.2016, e una IL 30% in attività adeguata ed in attività di casalinga, intesa come riduzione del rendimento, sempre a partire dal 08.02.2016. (...)” (doc. AI 49/186) – ha attestato i seguenti gradi e periodi di incapacità lavorativa: " (...) IL attività abituale 100% dal 13.01.2015 50% dal 01.06.2015 100% dal 06.10.2015 60% dal 08.02.2016 IL attività adeguata 100% dal 13.01.2015 50% dal 01.06.2015 100% dal 06.10.2015 30% dal 08.02.2016 IL mansioni consuete (casalinga) 100% dal 13.01.2015 50% dal 01.06.2015 100% dal 06.10.2015 30% dal 08.02.2016 (...)" (doc. AI 49/184) Questo Tribunale non vede ragioni per scostarsi dalle succitate conclusioni a cui è giunto in medico SMR dr. \_\_\_\_\_ che si è fondato, a sua volta, sulle succitate perizie psichiatrica del 9 novembre 2016 del \_\_\_\_\_ e reumatologica del 1. gennaio 2017 del dr. \_\_\_\_\_. Le valutazioni peritali sono da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti (consid. 2.4 e 2.5). I periti si sono infatti espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a loro disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate il 3 e 9 novembre 2016 presso il \_\_\_\_\_ e il 29 dicembre 2016 presso lo studio del dr. \_\_\_\_\_. Ai referti va attribuita piena forza probante. Del resto la ricorrente non contesta il succitato "Rapporto finale SMR" dell'8 marzo 2017 e non produce alcuna documentazione medica atta a sovvertire le convincenti e motivate conclusioni del dr. medico SMR dr. \_\_\_\_\_. Ella sostiene tuttavia che, dopo il "Progetto d'assegnazione di rendita" del 5 marzo 2019

(doc. AI 98/267-272), “(...) in data 4.04.2019, sono state inoltrate delle osservazioni dove in buona sostanza si chiedeva una rivalutazione della fattispecie facendo notare che la formazione breve nella vendita era stata svolta dall'assicurata per tutta la sua durata unicamente nella misura del 50% intesa come presenza e rendimento e che il peggioramento dello stato di salute dell'assicurata legato alla problematica alla spalla dx era stato completamente ignorato al momento dell'emanazione del progetto di decisione. (...)” (I, pag. 4). In sostanza l'insorgente pretende che vista la problematica alla spalla destra l'amministrazione avrebbe dovuto procedere ad ulteriori accertamenti medici prima di pronunciarsi sulla capacità di lavoro residua. A torto. Infatti – avuto riguardo alla spalla destra (in particolare al rapporto 22 agosto 2018 del dr. \_\_\_\_\_ sub. doc. AI 73/230-231) e ai certificati medici 4 e 5 febbraio 2019 della dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e oncologia, nonché alla “Consultazione del 21 novembre 2018” del dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. AI 106/283-285 prodotti con le osservazioni del 4 aprile 2019 sub doc. AI 107/286-289) – il dr. \_\_\_\_\_, nell' “Annotazione per/da SMR” del 9 aprile 2019 (doc. AI 108/290-294), espone le risultanze della perizia bidisciplinare reumatologica e psichiatrica, si è così espresso: “ (...) Ora, il rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 22.08.2018 (0001 - 27.08.2018, GED) propone le seguenti patologie: • Sindrome cervicovertebrale. • Sindrome lomboradicolare destra: • Dolore pseudo-radicolare nell'arto inferiore destro. • Dolore alla colonna dorsale con sensazione di pesantezza al braccio destro. • Lisi istmica bilaterale di L5 in assenza di segni di spondilolistesi in questa posizione. • Iniziali segni di ernie di Schmörl a carico dei metameri a livello D8-9. Si osserva subito che non vi è alcuna differenza contenutistica nelle patologie riportate dal Dr. med. \_\_\_\_\_ rispetto a quanto stabilito dal perito Dr. med. \_\_\_\_\_, se non per la descrizione di due sintomatologie (dolore pseudoradicolare nell'arto inferiore destro e dolore alla colonna dorsale con sensazione di pesantezza al braccio destro) basate sul racconto dell'assicurata e non su elementi oggettivati sul piano clinico e strumentale. A proposito del "dolore pseudoradicolare nell'arto inferiore destro" , si chiarisce che esso, per definizione è un dolore riferito e, come tale, non apporta alcuna novità sul piano eminentemente clinico-funzionale rispetto a quanto già noto e valutato in sede peritale. Per ciò che concerne gli aspetti morfologici, si osserva che la diagnostica per immagini del 15.06.2018 deponesse per: - A livello cervicale, alcuna discopatia né stenosi centrale né conflitto radicolare né mielopatia. - A livello lombare, una discopatia L5-S1 con lisi istmica bilaterale L5 e conflitto radicolare foraminale L5 a destra. La TC lombare eseguita il 16.03.2015 evidenziava una lisi istmica bilaterale di L5, senza segni di anterolistesi in questa posizione. Inoltre, riduzione di ampiezza del neuroforame di L5-S1 a destra. Si tratta quindi del medesimo quadro morfologico Dal punto di vista clinico, l'assicurata, già in data 15.04.2015, veniva valutata dal reumatologo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al quale riferiva: - Dolore importanti a livello lombare irradiati all'arto inferiore destro che peggioravano in posizione eretta , senza alcun miglioramento dopo 16 sedute di fisioterapia, anzi con peggioramento. Il collega \_\_\_\_\_ eseguiva un esame obiettivo dal quale emergeva una diminuzione del riflesso patellare a destra con segno di Wasserman (Laségue rovesciato) positivo, quindi egli poneva diagnosi di "Sindrome lombospondilogeno fino a lombo-radicolare L5-S1" . Per chiarezza, si precisa che la sindrome radicolare pura si esprime sul piano clinico con un dolore irradiato nel territorio di distribuzione di ogni radice nervosa. Per fare un esempio, se è irritata la quarta radice lombare (L4), si avrà dolore alla faccia interna della coscia. Nella sindrome pseudo-radicolare , invece, quando le capsule articolari sono dolenti, si osserva anche una

particolare risposta muscolare che consiste nella limitazione del movimento di significato antalgico. Inoltre, si osservano alterazioni del tono muscolare sotto forma di flaccidità o spasticità. Si associano ancora alterazioni della sensibilità e del trofismo muscolare che sono conseguenza della limitazione di movimenti. Si riporta di seguito la descrizione didattica della sintomatologia della sindrome pseudoradicolare: A) Dolore muscolare con caratteristiche del dolore acuto, con la sensazione di "trapassare" il muscolo (dolore perforante) o di bruciore (dolore urente). Tale sensazione dolorosa si accentua con la contrazione del muscolo e se lo si comprime. B) I muscoli hanno facile esauribilità, sensazione di stanchezza. C) Quando il muscolo è affaticato si possono osservare delle fascicolazioni che spesso preoccupano il paziente che individua in esse malattie demielinizzanti. D) Il muscolo può irrigidirsi e, muovendolo passivamente, si ha una riduzione della resistenza del muscolo a mo' di scosse, e questa sensazione che il medico apprezza, può essere confusa con il segno della troclea dentata, tipica del morbo di Parkinson. Siffatto corteo sintomatologico non è mai stato descritto dal Dr. \_\_\_\_\_, non risulta nemmeno che egli abbia eseguito un esame obiettivo lege artis sull'assicurata in grado di oggettivare limitazioni funzionali ulteriori rispetto a quelle note e già valutate in ambito peritale. La IASP nel 1994 (Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore) propose la definizione di dolore riferito o pseudoradicolare : "Dolore percepito in una regione del corpo topograficamente distinta dalla regione da cui realmente origina il dolore" ovvero dolore percepito come insorgente o verificantesi in una regione del corpo innervata da nervi o branche nervose diversi da quelli che innervano l'origine vera del dolore" L'esame neurologico eseguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nella sua perizia descriveva: Destrimane. Riflessi bicipitali, mediovivi e simmetrici, tricipitali a destra mediovivi, a sinistra appena evocabile; riflessi patellari bilaterali ed achillei dalle due parti mediovivi e simmetrici Babinski bilateralmente negativo. Lasègue bilateralmente negativo. Segno di Tinel negativo ai solchi dei nervi ulnari come pure ai canali carpali dalle due parti. Forza rozza ai muscoli bicipiti, tricipiti, ai gruppi muscolari delle gambe, intatta M5. Deambulazione sulle punte dei piedi e sui talloni possibile dalle due parti, segno di Trendelenburg negativo bilateralmente. Marcia senza zoppia. Inoltre, circa la coerenza della sintomatologia riferita dall'assicurata, riportiamo quanto segue. senza beneficio; ad una visita neurochirurgica specialistica del 16.10.2015 lo specialista scriveva che il quadro algico lamentato trovava in parte una spiegazione all'esame di risonanza magnetica eseguita, sottolineando che vi era una certa sproporzione tra quanto osservato alla risonanza magnetica e l'entità dei disturbi riferiti o perlomeno percepiti dalla sua paziente, concludendo che non poteva chiaramente escludere una componente somatoforme/funzionale, sospetto espresso già precedentemente dal reumatologo curante; ad una visita neurologica. Sottolineiamo quindi "che vi era una certa sproporzione tra quanto osservato alla RM e l'entità dei disturbi riferiti o perlomeno percepiti dalla sua paziente..." . In realtà, a parte il fatto che nel rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ non è riportato alcun esame fisico obiettivo condotto lege artis sull'assicurata secondo i canoni della semeiotica classica, la valutazione dello specialista non lascia in alcun modo evincere l'insorgenza di situazioni fisiopatologiche nuove e con influsso sugli aspetti clinico-funzionali che non siano già stati valutati in ambito peritale. Lapalissiano, infine, il fatto che il procedere dello specialista si limiti al solo trattamento conservativo senza nemmeno la prescrizione di una terapia farmacologica specifica per il dolore e/o i disturbi neuropatici. Anche per quanto concerne la situazione clinica alla spalla destra, si ricorda che quanto riportato nel rapporto di consultazione del 21.11.2018 del Dr. med. \_\_\_\_\_

non costituisce alcuna novità. Nemmeno il Dr. med. \_\_\_\_\_ offre gli elementi di un esame obiettivo clinico-funzionale in grado di oggettivare limitazioni funzionali direttamente correlate ad una patologia nuova e non considerata. \_\_\_\_\_, nel suo esame obiettivo descriveva: Spalle libere ai movimenti passivi, senza arco dolente, all'abduzione e alla rotazione esterna della spalla destra, l'assicurata riferisce di uno stiramento laterale omerale a destra, test resistivi per le cuffie rotatorie ben tenuti, indolori, l'assicurata, durante le prove resistive accusa dolori al rachide. Gomiti con mobilità passiva normale, indolori, indolenzimento del muscolo estensore breve del carpo radiale a destra in prossimità del gomito destro. Polsi con mobilità passiva normale, indolori. Articolazioni delle dita non indolenzite, non tumefatte, chiusura dei pugni completa dalle due parti. Anche bilateralmente libere ai movimenti passivi, senza dolori. Ora, "l'importante rimaneggiamento ed edema al III distale della clavicola" non corrisponde ad alcuna entità nosologica codificata secondo la classificazione ICD-10, bensì ad un segno RM di artrosi, condizione, quest'ultima, ampiamente diffusa nella popolazione mondiale di ambo i sessi con espressioni cliniche di varia entità comprendenti perfino l'asintomaticità, già a partire dalla terza decade di vita o addirittura prima, in casi particolari. Inoltre, non risulta anche in questo caso alcuna prescrizione di terapia farmacologica specifica, a parte l'infiltrazione con corticosteroidi. Si ricorda in questa occasione che una procedura infiltrativa non presuppone necessariamente una condizione patologica di particolare severità essendo, l'indicazione, molto spesso guidata dai sintomi riferiti dal paziente. Non vi è, infatti, una correlazione clinico-strumentale matematica tra i sintomi riferiti e le immagini di RM. Non essendovi altra documentazione specifica agli atti da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_, si conclude che le attestazioni di incapacità lavorativa del 50% da parte dei medici curanti non possono rappresentare altro che diverse valutazioni di una medesima fattispecie medica. Si confermano integralmente tutte le prese di posizione SMR sul caso . (...)" (doc. AI 108/291-294) Lo stesso medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nell' "Annotazione per/da SMR" del 30 agosto 2019, ha osservato: " (...) Secondo il rappresentante legale dell'assicurata: La problematica alla spalla dx, presente già durante la formazione breve, non era stata di tutta evidenza presa in considerazione dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità e a nostro parere avrebbe dovuto essere ulteriormente indagata in quelle che potevano essere ulteriori limitazioni professionali e, in particolare, in quelli che potevano essere degli impedimenti nello svolgimento dell'attività di venditrice al dettaglio. Il Dr. \_\_\_\_\_ riferisce di un'alterazione degenerativa dolorosa in corrispondenza dell'acromio clavicolare dx con possibile necessità di misure chirurgiche. Dalla disamina della documentazione medica specialistica disponibile agli atti non è mai emersa una situazione clinica a carico della spalla destra così impegnativa da determinare un qualsivoglia influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata. A questo proposito, le immagini diagnostiche deponevano sì per un "importante rimaneggiamento ed edema al III distale della clavicola" , compatibile con una condizione di artrosi di riscontro assai comune nella popolazione asintomatica dalla III alla V decade di vita (si veda più avanti), ma la spalla è costituita da molte altre strutture sia ossee che cartilaginee, connettivali in generale ed anche muscolari che non risultano essere coinvolte nelle immagini di MRI, quindi nella descrizione del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 21.11.2018 (22.11.2018 - 0001 GED). Inoltre, il collega indica l'esecuzione di una procedura infiltrativa con corticosteroidi a livello dell'articolazione acromio-clavicolare chiedendo alla stessa assicurata di ricontattarlo dopo due settimane per discutere il successivo procedere. Solo nel caso in cui le algie fossero ricomparse, cioè se la terapia conservativa fosse fallita si sarebbe potuto prendere in considerazione un intervento di

resezione acromio-clavicolare. Tuttavia, dagli atti non risulta che l'assicurata abbia più ricontattato il Dr. med. \_\_\_\_\_, per cui, di fatto, non vi è alcuna prova della persistenza dei disturbi a carico della spalla destra e di una imperativa indicazione alla chirurgia. In ogni caso, come facevo notare in occasione della mia presa di posizione del 09.04.2019: "Anche per quanto concerne la situazione clinica alla spalla destra, si ricorda che quanto riportato nel rapporto di consultazione del 21.11.2018 del Dr. med. \_\_\_\_\_ non costituisce alcuna novità. Nemmeno il Dr. med. \_\_\_\_\_ offre gli elementi di un esame obiettivo clinico-funzionale in grado di oggettivare limitazioni funzionali direttamente correlate ad una patologia nuova e non considerata". Nel succitato rapporto di consultazione del Dr. med. \_\_\_\_\_, infatti, non è riportato alcun esame obiettivo e lo specialista non può che basare la sua valutazione su quello che gli viene riferito dall'assicurata, tanto è vero che è sempre a quest'ultima che chiede di ricontattarlo dopo due settimane dall'infiltrazione, evidentemente per comunicargli l'effetto di essa sulle algie. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ non fa, dunque, alcun riferimento ad elementi clinicamente oggettivabili in termini di limitazioni a carico dell'articolazione distrettuale e della forza e resistenza muscolare della spalla destra, mentre l'esame obiettivo eseguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_ in occasione della visita peritale, definiva spalle libere ai movimenti passivi, senza arco dolente, all'abduzione e alla rotazione esterna della spalla destra. Durante la visita l'assicurata riferiva di uno stiramento laterale omerale a destra, ma i test resistivi per le cuffie rotatorie risultavano ben tenuti ed indolori. Rispondendo ora all'affermazione del rappresentante legale dell'assicurata secondo cui la problematica alla spalla destra non era stata presa in considerazione dal nostro Ufficio, quindi dal SMR, problematica che ella ritiene avrebbe dovuto essere ulteriormente indagata, si risponde riproponendo di seguito quanto da me chiarito nella presa di posizione del 09.04.2019: "Ora, "l'importante rimaneggiamento ed edema al III distale della clavicola" non corrisponde ad alcuna entità nosologica codificata secondo la classificazione ICD-10, bensì ad un segno RM di artrosi, condizione, quest'ultima, ampiamente diffusa nella popolazione mondiale di ambo i sessi con espressioni cliniche di varia entità comprendenti perfino l'asintomaticità, già a partire dalla terza decade di vita o addirittura prima, in casi particolari. Inoltre, non risulta anche in questo caso alcuna prescrizione di terapia farmacologica specifica, a parte l'infiltrazione con corticosteroidi. Si ricorda in questa occasione che una procedura infiltrativa non presuppone necessariamente una condizione patologica di particolare severità essendo, l'indicazione, molto spesso guidata dai sintomi riferiti dal paziente. Non vi è, infatti, una correlazione clinico-strumentale matematica tra i sintomi riferiti e le immagini di RM". Riepilogando, la "problematica" a carico della spalla destra non era meritevole di alcuna ulteriore indagine da parte del SMR poiché: - Non corrisponde ad alcuna entità nosologica codificata secondo la classificazione ICD-10; - È una situazione di assai comune riscontro nella popolazione asintomatica dalla III alla V decade di vita; - Né il Dr. med. \_\_\_\_\_, perito incaricato AI, né il Dr. med. \_\_\_\_\_, consultato dall'assicurata, hanno descritto limitazioni funzionali imposte da questa condizione; - Non è mai stata oggettivata né giustificata una qualsivoglia perdita di forza resistenza muscolare a carico della spalla e dell'arto superiore destri; - Non risulta alcuna prescrizione di terapia farmacologica specifica di associazione, fissa, di una certa energia (Oppiacei, Oppioidi, FANS, Pregabalin), né risulta alcuna presa a carico presso un Centro di Terapia del Dolore che rendano conto di una sintomatologia algica così invalidante; - Una procedura infiltrativa non presuppone necessariamente una condizione di particolare severità, essendo, la sua indicazione, molto spesso guidata dai sintomi riferiti dal/dalla paziente. L'attestazione di IL

del 50% dal 01.01.2018 al 04.02.2019 della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non è circostanziata da alcuna informazione medica che la giustifichi e le limitazioni indicate dalla collega (lavori leggeri, alzare carichi al di sotto di 5 Kg, possibilità di effettuare solo lavori d'ufficio) non trovano alcun reperto su cui fondarsi. Oltretutto, i limiti funzionali definiti in ambito peritale ed SMR, riportati nel rapporto finale SMR del 05.10.2017, come di seguito: [...] (segue la trascrizione delle tabelle dei limiti funzionali) sono talmente rispettosi da essere compatibili persino con una rottura della cuffia dei rotatori, patologia di cui l'assicurata non è certamente affetta. All'affermazione del rappresentante legale dell'assicurata per la quale: In effetti, l'assicurata ha dimostrato che nonostante la sua buona volontà non era in grado di svolgere l'attività proposta dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità in misura superiore al 50%, benché l'attività in questione fosse considerata idonea alle sue limitazioni e potenzialmente esigibile nella misura del 70%. Si risponde che ciò, naturalmente, non costituisce alcuna prova, né alcuna giustificazione di carattere medico oggettivata sul piano clinico-funzionale, così com'è stato ampiamente spiegato nel corso della mia precedente presa di posizione del 09.04.2019 e confermato nella presente trattazione. Infine, all'affermazione del rappresentante legale dell'assicurata per la quale: Infine, la problematica alla spalla dx, all'origine d'importanti limitazioni funzionali, non è stata vagliata dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità con la dovuta attenzione, a sapere se tale diagnosi avrebbe potuto ridefinire le limitazioni funzionali dell'assicurata e avere un'incidenza sulla sua capacità lavorativa residua rispettivamente sul suo rendimento. A nostro parere questo aspetto avrebbe dovuto essere indagato prima di definire un eventuale grado d'invalidità dell'assicurata. Si risponde come segue: - La problematica alla spalla destra non è per nulla all'origine di importanti limitazioni funzionali, come dimostrato e più volte ribadito, poiché queste non sono mai state oggettivate né in ambito peritale né in ambito di consulenza specialistica presso il Dr. med. \_\_\_\_\_, oltre a non trovare alcuna giustificazione alle immagini di MRI; - Non esiste di fatto alcuna diagnosi codificata secondo ICD-10 per le immagini di MRI, ma nemmeno alcuna diagnosi non codificata. Non vi è pertanto alcuna ricaduta funzionale in qualunque ambito; - Non è mai esistita alcuna indicazione verso un approfondimento per tutte le ragioni suesposte. - L'affermazione del rappresentante legale per cui questo aspetto avrebbe dovuto essere indagato prima di definire un eventuale grado di invalidità è del tutto priva di cognizione di causa. Alla luce di tutte le considerazioni espresse nella presente trattazione in risposta alle censure sollevate dal rappresentante legale dell'assicurata, confermo integralmente le conclusioni del mio RAF SMR del 05.10.2017. (...)" (VI/1) Sempre il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, riguardo alla documentazione medica allegata allo scritto 15 ottobre 2019 di RA 1 (cfr. consid. 1.4), nell' "Annotazione per/da SMR" del 18 ottobre 2019 ha rilevato: " (...) All'affermazione di pagina 3, capoverso 1, delle osservazioni presentate dal rappresentante legale dell'assicurata il 15.10.2019 (18.10.2019, 0001 - GED), secondo cui: Con rapporto medico del 26.09.2019, il Dr. med. \_\_\_\_\_ alla luce di una recente artro risonanza magnetica diagnostica la presenza di "una rottura parziale intersezionale del sovraspinato e uno spazio sottoacromiale decisamente esiguo di 5 mm. Con la presenza di un becco a livello acromio clavicolare, oltre alla presenza di un'esuberante artrosi acromio clavicolare che da l'effetto di impronta sul passaggio miotendineo del sovraspinato" si risponde innanzitutto ricordando che nella mia precedente presa di posizione SMR del 02.09.2019 [ndr. recte: 30 agosto 2019] affermavo che i limiti definiti in ambito SMR sono talmente rispettosi da essere compatibili persino con una rottura della cuffia dei rotatori. Ora, nel rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_, è fatto riferimento ad una sintomatologia dolorosa a

livello dell'articolazione acromio-clavicolare destra con difficoltà nel lavoro al di sopra dell'orizzontale (cioè al di sopra del piano delle spalle), impossibilità ad alzare i pesi (quanti?) ed effettuare i lavori un po' più impegnativi come quelli di pulizia. Non si può non osservare che simile descrizione non corrisponde ad alcun esame obiettivo specifico (vedi avanti) per la valutazione clinica di una rottura della CDR, non stabilisce nuove limitazioni funzionali e non dimostra alcuna incompatibilità con quanto, invece, definito in ambito SMR. Sebbene, l'artro-RM della spalla destra ha messo in evidenza una rottura parziale inserzionale del sovraspinato e "uno spazio sottoacromiale decisamente esiguo di 5 mm" con la presenza di un becco a livello acromio-clavicolare, oltre alla presenza di un'esuberante artrosi acromio-clavicolare che da l'effetto di impronta sul passaggio miotendineo, il collega \_\_\_\_\_, giustamente, non ha pensato ad un trattamento di tipo chirurgico immediato, piuttosto ad uno di tipo conservativo tramite programma mirato di fisioterapia volto a rinforzare la muscolatura del sovraspinato e così aumentare lo spazio sottoacromiale ed eliminare l'impingement. Non si può non osservare come anche in questo caso, i limiti funzionali e di carico stabiliti in ambito SMR siano perfettamente compatibili con la situazione clinica non complicata che si evince dal succitato rapporto medico. Si ribadisce in questa occasione che le rotture della CDR, per quanto il termine "rottura" possa impressionare il non addetto ai lavori colpendo il suo immaginario con l'idea di qualcosa di grave, non sono costantemente entità patologiche severe, ma differiscono ampiamente tra di loro, essendo peraltro assai frequenti nella popolazione, e spesso non necessitano di alcun intervento chirurgico. A questo proposito, mi permetto di puntualizzare, come faccio sempre quando si affronta questa tematica, che la patologia della cuffia dei rotatori comprende sia le tendinopatie che le rotture parziali e complete, mentre la condizione di borsite si correla perlò più ad una tendinite. Sintomatologia algica ed impotenza funzionale sono i cardini della diagnosi che resta prevalentemente clinica in quanto solo l'esame obiettivo può dimostrarne le limitazioni derivanti. Tuttavia, occorre sottolineare come una fissurazione di natura degenerativa sia di riscontro assai frequente in soggetti di età superiore ai 40 anni, non atleti, ed in assenza di particolari sollecitazioni meccaniche della CDR. Questo si verifica perché il tendine del muscolo sovraspinato è particolarmente suscettibile alle lesioni in quanto presenta una regione ipovascolarizzata vicino alla sua inserzione (vedi il caso dell'assicurata) sulla grande tuberosità dell'omero. L'infiammazione e l'edema restringono ulteriormente lo spazio subacromiale aggravando l'insulto a carico del tendine. Ma ciò che è davvero importante è che nella maggior parte dei casi il riposo, la somministrazione di FANS e gli esercizi di rinforzo della muscolatura della cuffia dei rotatori sono sufficienti a guarire completamente ed in breve tempo la lesione. Ora, rispondendo alle censure del rappresentante legale dell'assicurata, si osserva che nella descrizione della lesione fatta dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nel succitato rapporto del 26.09.2019, non sono state descritte dimensione, forma, retrazione ed infiltrazione grassa del reperto. Ciò, secondo quanto contemplato dalla Letteratura Medica (DeOrio, 1984; Ellman, 1995; Harryman, 1991; Patte, 1990; Wolfgang, 1974; Kuhn et al.), riveste particolare importanza nella valutazione di un paziente sintomatico. Per fare un esempio, per stimare la profondità di una lesione viene presa convenzionalmente come riferimento la misura di 6 mm per indicare un coinvolgimento di circa il 50% dello spessore del tendine. Simili rilevazioni mancano del tutto nel caso della ricorrente. La Comunità scientifica internazionale ha poi proposto diversi sistemi di classificazione basati su immagini preoperatorie di MRI o TC (Burkhart; Patte; Snyder; Wamer; Goutallier), il cui intento è quello di studiare il trattamento più idoneo per la lesione considerata, ma nel caso specifico,

trattandosi palesemente di una lesione parziale priva di rilevanza clinica in quanto assolutamente compatibile con i limiti stabiliti in ambito SMR, verso cui non vi è indicazione imperativa ad una riparazione chirurgica, non ne è stato adottato alcuno. Del resto, il succitato rapporto medico non fa riferimento ad alterazioni ai restanti tendini della cuffia dei rotatori e del capo lungo del bicipite. Per quanto attiene all'esame obiettivo, la valutazione clinica della cuffia dei rotatori viene impostata seguendo un protocollo metodico che include: ispezione, palpazione, valutazione dell'articolazione attiva e passiva, valutazione della forza muscolare, valutazione neurologica e test specifici per le diverse patologie della spalla. Inoltre, devono essere indagate le altre cause di dolore riflesso della spalla: patologie cervicali, sindrome dello stretto toracico superiore, distrofia riflessa. L'ispezione valuta l'atteggiamento posturale, l'aspetto del muscolo, eventuali deformità, tumefazioni, manifestazioni cutanee. La palpazione deve saggiare le prominenze ossee, le articolazioni, i tessuti molli. La valutazione del movimento della spalla si deve basare non solo sul grado ma anche sulla qualità del movimento, tenendo conto che la spalla è l'articolazione più mobile del corpo e che alla sua articolazione multiplanare contribuiscono anche la sterno-claveare, la acromioclaveare e la scapolo-toracica. Tutti i movimenti partono da una posizione definita ZSP (Zero Starting Position), ossia paziente in piedi con arti superiori lungo il corpo in posizione neutra. Poi si effettua la comparazione con l'arto controlaterale. Si valuta quindi l'elevazione sul piano scapolare, la rotazione esterna a braccio addotto, la rotazione esterna a 90° di abduzione, la rotazione interna con braccio in abduzione di 90°, la rotazione interna con mano dietro la schiena. La forza muscolare deve essere valutata da test ad elevata riproducibilità, solitamente in isometria, applicando una resistenza graduale e assegnando un valore da 0 a 5 secondo la classificazione più nota - 0 (ZERO): contrazione non palpabile; - 1 (TRACE): contrazione palpabile ma assenza di movimento, anche senza gravità; - 2 (POOR): movimento possibile anche senza gravità; - 3 (FAIR): movimento possibile contro gravità entro un certo range; - 4 (GOOD): movimento possibile contro resistenza ma con minor forza; - 5 (Excellent): forza normale contro massima resistenza. La valutazione neurologica deve verificare la funzionalità motoria e sensitiva, i riflessi, l'atrofia muscolare. I test specifici per la cuffia dei rotatori vengono effettuati seguendo la suddivisione topografica della cuffia secondo Patte, e cioè: - Lesioni antero-superiori che interessano il sottoscapolare, il bicipite e il sovraspinoso; - Lesioni superiori che interessano il bicipite o il sovraspinoso; - Lesioni postero-superiori che interessano il sovraspinoso e una parte o tutto il sottospinoso; - Lesioni massive. Per valutare una lesione antero-superiore si eseguono il test di JOBE, il Full Can test, il test di ERLS (External Rotation Lag Sign; Herter e Gerber '96, positivo con lag sign a 20°), dolore sul solco bicipitale, test di SPEED, test di Yergason, LIFT-OFF test, IRLS (Internal Rotation Lag Sign; Hertel e Gerber '98), segno di NAPOLEONE (Belly-Press Sign), Bear-Hug test. Per una lesione superiore si effettuano il test di JOBE, il Full Can Test, ERLS, test di YOCUM. Per una lesione postero-superiore si effettuano ancora il test di JOBE, il test di PATTE (a 90°), il ERLS, il DROP Sign ("Lag sign" a 90°). Tutto questo non risulta sia mai stato eseguito dal momento che non è presente nella documentazione medica prodotta agli atti e nelle osservazioni del rappresentante legale dell'assicurata. Pertanto, non essendo soddisfatto alcun criterio classificativo e semeiologico universalmente riconosciuto, non vi sono elementi di alcun esame clinico-funzionale *lege artis* in grado di dimostrare limitazioni funzionali superiori rispetto a quelle stabilite in ambito SMR. E la "nuova diagnosi", non oggettiva affatto nuove limitazioni funzionali, come già ampiamente spiegato sulla base della Letteratura Medica Internazionale codificata. Non vi è alcuna oggettivazione

(evidentemente riferita alla presenza di nuove limitazioni funzionali dimostrate), non vi è alcuna descrizione (secondo i canoni della specialistica), non vi è alcuna misurazione accurata dell'articolarià né della forza muscolare, non vi è, infine, alcun peggioramento dimostrato secondo i canoni della semeiotica e della Medicina Accademica che smentisca la correttezza e l'applicabilità della valutazione SMR espressa nel RAF del 05.10.2017 che riportiamo di seguito ancora una volta: [...] (segue la trascrizione delle tabelle dei limiti funzionali) Alla luce delle suesposte argomentazioni, si confermano integralmente le conclusioni a cui è giunta l'amministrazione. (...)” (XIV/1) Dal canto suo l'insorgente – dopo aver chiesto il 20 novembre 2019 una proroga del termine precisando che “(...) in effetti, trattandosi essenzialmente di aspetti medici abbiamo chiamato ad esprimersi il Dr. \_\_\_\_\_ . (...)” (XVI) – , con lo scritto del 13 dicembre 2019 non ha prodotto alcuna documentazione medica limitandosi a sostenere, tra l'altro, che “(...) il Dr. med. \_\_\_\_\_ con scritto di cui sopra [ndr. si riferisce all' “Annotazione per/da SMR” del

## **E. 18**

ottobre 2019 sub. XIV/1] disquisisce in maniera teorica sui possibili limiti funzionali derivanti da una diagnosi di rottura parziale inserzionale del sovraspinato. Ora, se dal profilo strettamente teorico tali valutazioni potrebbero anche apparire condivisibili, teniamo a sottolineare che una valutazione scientificamente corretta, in questo caso, di una spalla, al fine di ottenere un'altrettanto corretta diagnosi, necessita di una storia anamnesica, una valutazione clinica e di esami strumentali guidati dalle informazioni ottenute dai primi due. Se si possono senz'altro estrapolare informazioni importanti da un esame obiettivo cartaceo e tenuto conto della dottrina medica, la componente soggettiva/individuale risulta decisamente influente rendendo una valutazione "solo teorica" non correttamente interpretabile. A nostro modo di vedere, per quel che concerne strettamente gli aspetti in legame alla spalla destra, quest'ultima andava ulteriormente indagata dall'Ufficio invalidità che, di fatto, a mezzo del suo medico di fiducia, si è limitata a una sterile discussione teorica senza aver provveduto a un approfondito con un consulto diretto con l'assicurata. (...)” (XVIII). Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale – fino al 1. luglio 2019 (data della decisione impugnata) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) – non ha motivo per scostarsi dalle succitate conclusioni e valutazioni espresse dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale 8 marzo 2017 (doc. AI 49/183-187) e nelle annotazioni del 9 aprile, 30 agosto e 18 ottobre 2019 (doc. AI 108/290-294, VI/1 e XIV/1). Il TCA constata, infatti, che il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurata ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessata, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti, nonché della valutazione peritale bidisciplinare eseguita per conto dell'amministrazione dal \_\_\_\_\_ e dal reumatologo dr. \_\_\_\_\_. In questo senso non può essere seguita l'insorgente laddove sostiene che l'Ufficio AI “(...) a mezzo del suo medico di fiducia, si è limitata a una sterile discussione teorica senza aver provveduto a un approfondito con un consulto diretto con l'assicurata. (...)” (XVIII). Va qui rammentato che di norma una perizia basata sui soli atti (“ Aktengutachten ”), senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se, come nel caso di specie, si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (STF 9C\_524/2017 del 21 marzo 2018 consid. 5.1;

8C\_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5 e 9C\_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4, tutte con ulteriori riferimenti). Questo Tribunale ritiene dunque che il modo in cui ha proceduto l'Ufficio AI è corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI (STF 9C\_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4). Giova qui infatti ricordare che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico - assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C\_1001/2012 del 29 maggio 2013; 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010; 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Del resto, l'insorgente non ha prodotto, in sede ricorsuale, dei referti medico-specialistici in grado di smentire quanto valutato dal medico SMR sulla base delle perizie psichiatrica del 9 novembre 2016 del \_\_\_\_\_ e reumatologica del 1. gennaio 2017 del dr. \_\_\_\_\_. In questo contesto è comunque utile ricordare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_. Diversamente da quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 2018 IV nr. 4 – nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione – questo Tribunale non vede nel caso concreto alcun motivo che possa impedire di fondare il proprio giudizio sulle risultanze mediche del SMR, la cui affidabilità e concluzione non è stata oggettivamente messa in dubbio da refertazioni specialistiche in grado di rimetterle in discussione (STF 9C\_404/2018 del 22 agosto 2018). In siffatte circostanze il TCA non condivide le critiche mosse dall'insorgente all'operato dell'amministrazione dal profilo medico, motivo per il quale tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. In particolare, quanto all'assunto secondo il quale durante la formazione breve nella vendita (cfr. consid. 1.1) l'insorgente "(...) ha dimostrato che nonostante la sua buona volontà non era in grado di svolgere l'attività proposta dall'Ufficio dell'assicurazione invalidità in misura superiore al 50%, benché l'attività in questione fosse considerata idonea alle sue limitazioni e potenzialmente esigibile nella misura del 70%. (...)” (I, pag. 5) questo Tribunale può fare proprio, quanto addotto dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ nell' "Annotazione per/da SMR" del 30 agosto 2019 laddove ha rilevato "(...)

che ciò, naturalmente, non costituisce alcuna prova, né alcuna giustificazione di carattere medico oggettivata sul piano clinico-funzionale, così com'è stato ampiamente spiegato nel corso della mia precedente presa di posizione del 09.04.2019 e confermato nella presente trattazione. (...)” (VI/1). Quanto, infine, all’ulteriore documentazione medica prodotta da RA 1 con scritto del 10 marzo 2020 (XX con allegati doc. X e Y) – ribadito che il 1. luglio 2019 (data della decisione impugnata) segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) – a ragione l’Ufficio AI nelle “osservazioni” del 9 aprile 2020 ha rilevato che “(...) dalla documentazione medica summenzionata emerge che la Signora RI 1 è stata sottoposta ad un intervento chirurgico alla spalla destra in data 14.02.2020. Per quanto concerne l'intervento chirurgico di cui sopra - ritenuto che la decisione impugnata è stata emessa il 01.07.2019 (la quale delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali) -, si sottolinea che la questione inerente un eventuale peggioramento dello stato di salute dell'assicurata esula dalla presente disputa davanti al TCA e dovrà, se del caso, formare oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo. (...)” (XXII). Stante tutto quanto suesposto, dal punto di vista medico, questo Tribunale ribadisce che va confermata la valutazione del medico SMR dr.

\_\_\_\_\_ secondo la quale, tanto nell’attività abituale quanto in un’attività adeguata, l’incapacità lavorativa è stata del 100% dal 13 gennaio 2015, del 50% dal 1. giugno 2015 e del 100% dal 6 ottobre 2015. Dall’8 febbraio 2016 (momento in cui la \_\_\_\_\_ ha interrotto il versamento delle indennità giornaliere; cfr. consid. 1.1) l’incapacità lavorativa è invece del 60% nell’attività abituale e del 30% in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti e quale casalinga. 2.7. Quanto alla valutazione economica questo Tribunale rileva quanto segue. 2.7.1. L’insorgente, come accennato (cfr. consid. 1.2) – osservato che la formazione breve nella vendita è stata svolta per tutta la sua durata nella misura del 50% e che il reddito da invalida, oltre a considerare una riduzione del 10% per attività leggere, avrebbe dovuto essere calcolato in base ai dati statistici per un’attività semplice e ripetitiva e non invece in base al ramo della vendita al dettaglio – ha contestato la conclusione dell’Ufficio AI che (in base alla “Presa di posizione SIP” del 25 aprile 2019 sub doc. AI 112/307-308 a cui qui si rinvia e applicando i dati statistici della tabella TA1 2016), l’ha ritenuta reintegrata nel settore della vendita nella misura del 60% giungendo, in base al confronto dei redditi, ad un grado d’invalidità del 39%. Questo Tribunale – osservato che per i motivi suesposti (cfr. consid, 2.6) ha confermato la capacità lavorativa residua del 70% in un’attività adeguata dall’8 febbraio 2016 e ribadito che per il solo fatto di aver svolto la formazione breve nella vendita al 50% non è possibile concludere diversamente – ritiene che le censure sollevate dall’insorgente circa i risultati effettivi della formazione intrapresa (al riguardo si rinvia qui anche alla “Presa di posizione SIP” del 2 settembre 2019 sub VI/2) non meritano di essere ulteriormente approfondite ritenuto che già per i motivi che seguono è possibile concludere che, tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del febbraio 2016, l’insorgente in ogni caso non avrebbe più avuto diritto ad una rendita non raggiungendo il grado d’invalidità la soglia pensionabile del 40%. 2.7.2. Il consulente AI \_\_\_\_\_, nella “Presa di posizione SIP” del 2 settembre 2019 – dalla quale questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi e nemmeno l’insorgente ne offre alcuno valido per farlo; tali non possono certo essere le semplici allegazioni di parte secondo le quali “(...) in merito alla questione della riformazione, concludiamo col dire che l'attività di venditrice è stata considerata adeguata alle limitazioni funzionali dell'assicurata e che siamo oltremodo sorpresi quando \_\_\_\_\_ afferma che comunque al di fuori dell'attività di venditrice l'assicurata potrebbe svolgere un'attività al 70% allorquando in

un'attività anch'essa considerata consona non ha potuto lavorare più del 50%. Siamo altresì stupiti di come il consulente d'integrazione \_\_\_\_\_, ancora una volta, si arroghi il diritto di trarre conclusioni diametralmente opposte alla realtà delle osservazioni fatte durante le misure professionali e ignori le dichiarazioni degli assicurati se non anche dei medici curanti, andando fino a sconfessare le misure da lui stesso proposte. (...)” (X, pag. 2) – , riguardo alle “attività adeguate alternative” , ha precisato che: " (...) Confermo inoltre che - oltre all'attività di venditrice - l'assicurata potrebbe benissimo svolgere nella misura del 70% attività di tipo leggere-semplere-ripetitive contemplate dalla categoria 4.2, sempre rispettose dei suoi limiti funzionali (in particolare limite max di carico = 5kg e alternanza della postura al bisogno). Ecco un elenco di alcune di queste attività: - addetta alla qualità in una fabbrica - addetta alle piccole pulizie di tipo leggere, come quelle svolte la sera nei grandi uffici (banche, assicurazioni, uffici statali, scuole, ecc..) - per pulizie di tipo leggero si intendono quelle che puliscono le scrivanie/banchi, svuotano i cestini, passano lo straccio, ecc. senza dover fare lavori pesanti quali alzare pesi, pulire finestre, utilizzare macchinari pesanti, salire su scale, ecc. - ricezionista in un grande negozio della catena di distribuzione oppure presso un'azienda -addetta di un call-center per la vendita on-line dove si può regolare la postura (in piedi e/o seduta) - addetta al controllo dei bollettini di entrata/uscita di merce in un magazzino - addetta all'imballaggio di piccoli pacchi e relativa spedizione - addetta piccole consegne -ecc... Tutte queste attività non necessitano di una riformazione professionale ma di una semplice spiegazione di come si svolge l'attività (ev. breve corso ad hoc di al max 1 settimana). (...)” (VI/2) In concreto il consulente in integrazione ha elencato un ampio ventaglio di professioni che l'insorgente potrebbe ancora svolgere nella misura del 70%. Riguardo alla possibilità per l'insorgente di esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute – ribadito che spetta al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (cfr. consid. 2.4; in argomento vedi anche le STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3; 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; 9C\_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5 e 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011) – va ricordato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4 fino alla TA1 2010, poi divenuto livello 1 con la TA1 2012), vi è un numero significativo di attività di natura leggera, che permettono di alternare la posizione e che sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurata. Come ripetutamente statuito dall'Alta Corte in casi con limitazioni funzionali analoghe, esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, la STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3., che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del

## **E. 21**

agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). È peraltro utile aggiungere che se è vero che, secondo la giurisprudenza, vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze

esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. le succitate STF 8C\_563/2012 del

### **E. 23**

agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti; 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3 e Pratique VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; sentenza U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare – senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) – che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali più leggere da un profilo dell'impegno fisico rispetto a quella da ultimo esercitata di ausiliaria di cucina (cfr. consid. 1.1). Del resto deve essere ricordato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997 pag. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 114). Questo Tribunale, alla luce di quanto suesposto, ritiene che, anche nel caso di specie, nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che la ricorrente, nonostante i disturbi che la interessano, sarebbe in grado di esercitare nella misura indicata del 70% 2.7.3. Quanto alle conseguenze economiche del danno alla salute va rilevato che tanto per il reddito da valido – come indicato da RA 1 “(...) l'assicurata era disoccupata e alla ricerca di un lavoro al momento dell'infortunio. (...)” (I, pag. 2) e potendo presumere che, vista l'attività da ultimo svolta di ausiliaria di cucina (cfr. consid. 1.1), senza il danno alla salute avrebbe continuato a svolgere un'attività semplice e ripetitiva – quanto per quello da invalido possono essere applicati i medesimi dati statistici. Al reddito da invalido va poi applicata la riduzione sociale del 10% per attività leggere (così come indicato nella tabella allestita il 28 maggio 2019 con la relativa riduzione al reddito ipotetico da invalido sub doc. AI 115/311-314), ritenuto che questo Tribunale, che di massima non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF

137 V 71, consid. 5.2), non ha alcun motivo per modificare la riduzione riconosciuta. Del resto la stessa insorgente adduce che al reddito ipotetico da invalido “(...) andrebbe fatta una deduzione di almeno il 10% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere. (...)” (I, pag. 6). Ritenuto che i redditi da valido e da invalido si basano sui medesimi dati statistici (che quindi si può procedere con un confronto percentuale) e applicata la riduzione sociale del 10% al reddito ipotetico da invalido, il grado d’invalidità risulta essere del 37% ( $100 - ([100 - 30] \text{ ridotti del } 10\%) = 37\%$ ). 2.8. Questo Tribunale, viste le suesposte risultanze mediche (consid. 2.6) e economiche (consid. 2.7), deve pertanto concludere che dal gennaio 2016 (dopo l’anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e ritenuta l’incapacità lavorativa totale in quel momento) al 31 maggio 2016 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute dall’8 febbraio 2016 ex art. 88a cpv. 1 OAI) l’assicurata ha diritto ad una rendita intera. In seguito, visto il grado d’invalidità del 37% (cfr. consid. 2.7.3) che non raggiunge la soglia pensionabile del 40% (cfr. consid. 2.2), a ragione l’amministrazione non ha più riconosciuto alcun diritto ad una rendita d’invalidità. Parimenti, trattandosi di una domanda tardiva (cfr. consid. 1.1), a ragione l’Ufficio AI ha fissato il versamento della prestazione dal 1. aprile 2016, ossia 6 mesi dall’inoltro della domanda di prestazioni ex art. 29 cpv. 1 LAI. Quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C\_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C\_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all’art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In questo senso la domanda subordinata di retrocessione degli atti all’amministrazione per ulteriori accertamenti (consid. 1.2) va disattesa. 2.9. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.10. 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.