

## **TI\_GERICHTE 32.2019.218 vom 13. November 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-11-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.218](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.218)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.218 du 13 novembre 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.218 del 13 novembre 2019

### **Regeste**

Seconda domanda di prestazioni dopo precedente rifiuto. Negato il rilevante peggioramento delle condizioni dell'assicurata e respinta nuovamente la richiesta

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGa). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGa. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto

immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.5. Va ancora rilevato che con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015, IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). In una sentenza 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetu-dinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'one-re probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (sentenza 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche esterne (art. 44 LPGa) eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). 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, 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104

V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). 2.7. Secondo la giurisprudenza, il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Vanno quindi paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 133 V 108, 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 , 109 V 262; Meyer-Blaser, Rechts-prechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, pag. 379). In concreto, come meglio si illustrerà al consid. 2.8, con decisione 1. marzo 2017 l'amministrazione, pronunciandosi nel merito della richiesta di prestazioni dell'assicurata, le aveva negato il diritto a prestazioni sulla base di accertamenti medici e del relativo rapporto SMR (doc. AI pag. 195). Questo Giudice è, quindi, ora chiamato a valutare se successivamente a tale decisione del 1. marzo 2017 lo stato di salute della ricorrente sia peggiorato in misura tale da giustificare la concessione di prestazioni. 2.8. Dagli atti di causa risulta che in occasione della decisione del 1. marzo 2017, l'amministrazione, in evasione della domanda dell'assicurata che lamentava una discopatia degenerativa (doc. AI pag. 68) aveva interpellato i medici curanti e preso visione della perizia esperita il 14 settembre 2016 dal dr. \_\_\_\_\_, neurologo, per conto dell'assicurazione malattia (per il quale l'assicurata era abile in misura completa in ogni attività rispettosa dei limiti funzionali, doc. assic. malattia pag. 27). Nel rapporto finale del 20 gennaio 2017 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, poste le diagnosi invalidanti di "sindrome da insufficienza lombovertebrale cronica con 30.3.2016 laminectomia L3 destra, Foraminotomia L4 destra. Sequestrectomia L3/4 destra per sindrome redicolare algica L3 a destra su ernia discale L3/4 " aveva concluso che sia nell'attività abituale che in attività adeguate l'assicurata era da considerare inabile in misura piena limitatamente al periodo dall'11 gennaio al 1. settembre 2016, mentre che in seguito era da ritenere abile completamente (doc. AI pag. 195). Tale valutazione è stata posta a fondamento della decisione di rifiuto del 1. marzo 2017 (doc. AI 23). In occasione della presentazione della nuova domanda di prestazioni nel mese di agosto 2018, l'amministrazione, valutato il certificato 17 agosto 2018 del curante dr. \_\_\_\_\_, internista - per il quale l'assicurata aveva subito un peggioramento negli ultimi due anni, con presenza di dolori lombari di forte intensità, avendo la medesima peraltro subito delle infiltrazioni e un nuovo intervento chirurgico ; doc. AI pag. 224), - e il rapporto medico del 7 dicembre 2018 del medesimo curante (che concludeva per un'inabilità lavorativa completa, per le diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica su faccettopatia L4 e 5 e discopatie, stato dal laminectomia, foraminotomia e sequestrectomia; doc. AI pag. 241), corredato dagli scritti dei sanitari del \_\_\_\_\_ del 15 giugno, 16 luglio e 24 settembre 2018 e del Servizio di neurologia dell' \_\_\_\_\_ del 28 maggio e 22 luglio 2018, l'Ufficio AI ha interpellato il medico SMR che ha ritenuto imprescindibile l'effettuazione di una perizia (doc. AI pag. 255). Con rapporto peritale del 3 giugno 2019 il dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, sulla base di un accurato esame clinico e degli atti all'inserto, ha posto le seguenti diagnosi: " 6.1

Diagnosi reumatologiche con conseguenze sulla capacità lavorativa Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, in Discopatie plurisegmentali lombari Esiti da laminectomia L3 a destra, foraminotomia L4 a destra, sequestrectomia L3/L4 a destra, il 30.3.2016, per radiculopatia L4 a destra su ernia discale L3/L4 a destra 6.2 Diagnosi reumatologiche senza conseguenze sulla capacità lavorativa Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare) Decondizionamento e sbilancio muscolare Epicondilopatia omeroradiale a sinistra Periartrite dell'anca sinistra.” Ha quindi espresso un’accurata e dettagliata valutazione medico-assicurativa, e sulla capacità lavorativa ha concluso che “mettendo a confronto il mansionario lavorativo con i carichi sollevati e trasportati, informazioni fornite dal datore di lavoro, con i limiti funzionali e di carico dettati dallo stato di salute attuale dell'assicurata, sul piano medico teorico (il contratto di lavoro non è più in vigore), giudico l'assicurata, a partire dal mese di aprile 2017, abile al lavoro per quest'ultima attività, sull' arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50 %, dato che l'assicurata non può più sollevare in parte i carichi dettati dal contesto lavorativo svolto e l'attività veniva prevalentemente praticata in piedi .” A suo avviso invece in un’attività adeguata allo stato di salute, tenente dunque pienamente conto degli indicati limiti funzionali e di carico, l'assicurata, a partire dall'aprile 2017, era abile a tempo pieno e con rendimento massimo del 100% (doc. AI pag. 288). Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale 6 giugno 2019, ha aderito alle conclusioni della perizia e concluso per un’inabilità nell’attività abituale e in ogni attività adeguata del 100% dall’11 gennaio al 31 agosto 2016 (come statuito nella decisione del 1. marzo 2017), dello 0% dal 1. settembre 2016 al

### **E. 31**

marzo 2017, e in seguito del 50% nell’attività abituale e dello 0% in attività adeguate (doc. AI pag. 291). Visionate in seguito le osservazioni dell’assicurata, corredate da referti radiologici del 6 e 16 agosto 2019, il medico SMR, con annotazione del 4 settembre 2019, ha confermato le sue conclusioni (doc. AI pag. 336). Dopo aver interpellato il consulente professionale, con progetto di decisione del 2 ottobre 2019 l’amministrazione ha paventato il rifiuto della domanda di prestazioni (doc. AI pag. 341). In fase di osservazioni l’assicurata ha quindi fatto pervenire ulteriori rapporti allestiti dai propri fisioterapisti e nuovi referti radiologici. Con annotazione del 13 novembre 2019 il medico SMR ha concluso che dalla documentazione prodotta non emergevano fatti nuovi o modificazioni di fatti noti che potessero comprovare sostanziali cambiamenti dello stato di salute e funzionale (doc. AI pag. 381). Di conseguenza, mediante la decisione contestata, l’amministrazione, ha respinto il diritto a prestazioni, motivando: " (...) Esito degli accertamenti: A seguito della sua richiesta di prestazioni Al abbiamo provveduto a sottoporre la documentazione medica raccolta durante la fase d'istruttoria, con particolare riferimento al rapporto peritale del Dr. med. \_\_\_\_\_ datato 03 giugno 2019, al nostro Servizio Medico Regionale (SMR) il quale ha ritenuto corretto giustificare i seguenti periodi di inabilità lavorativa da lei presentati, con relative percentuali: Attività abituale (\_\_\_\_\_): - 100% dal 11.01.2016 - 0% dal 01.09.2016 - 50% dal 01.04.2017 Attività adeguata: - 100% dal 11.01.2016 0% dal 01.09.2016 Abbiamo quindi provveduto a calcolare la sua perdita di guadagno. Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta dall'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto d'indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabelle di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio

federale di statistica e non i valori desumibili dalle tabelle TAU, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 6 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Salario da valida : Nel caso concreto, senza il danno alla salute nella sua abituale professione, nell'anno 2018 avrebbe potuto conseguire CHF 78'000.- (come indicato dall'ex datore di lavoro). Salario da invalida: Con rapporto del 01 ottobre 2019 il Servizio Integrazione, tenuto conto della valutazione del medico SMR, ha comunicato che lei potrebbe recuperare parte delle sue competenze commerciali con una formazione amministrativa/commerciale spendibile pure negli uffici della grande distribuzione o anche in un'azienda di servizi. A tal proposito le era stata proposta l'attuazione di provvedimenti professionali al fine di aiutarla in questo percorso di reintegrazione, da lei però rifiutati. Lo svolgimento di un'attività amministrativa/commerciale viene però ritenuto esigibile. Nello specifico vengono prese in considerazione le categorie 77, 79-82, attività amministrative e servizi di supporto (conoscenze professionali e specializzate), delle Tabelle RSS elaborate dall'Ufficio federale di statistica. Identificate le categorie, abbiamo eseguito il calcolo delle medie delle ore settimanali svolte nelle stesse e degli stipendi di riferimento. Media ore settimanali categoria 77, 79-82: H 42.2, Media salario categoria 77, 79-82 (2016): CHF 5'157.895 (4'889/40 \* 42.2). Nel caso concreto potrebbe conseguire nel 2016 CHF 61'894.74 (5'157.895 \* 12). Ovvero 62'442.- aggiornati al 2018. Il confronto dei redditi permette quindi di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI pari al 20%. Il calcolo utilizzato è mostrato qui di seguito: Confronto dei redditi: senza invalidità CHF 78'000.00 con invalidità CHF 62'442.00 Perdita di guadagno CHF 15'558.00 = Grado d'invalidità 20% Il consulente in integrazione professionale comunica, visto il suo rifiuto, l'impossibilità di attuare provvedimenti atti ad incrementare la capacità di guadagno, tuttavia, restiamo disposti a valutare eventuali provvedimenti professionali che potrebbero facilitare l'introduzione alla nuova professione (formazioni brevi o aiuto al collocamento). Osservazioni al progetto: Abbiamo preso atto del suo scritto datato 24 ottobre e della corrispondenza del 12 novembre 2019. Tutta la documentazione medica inviata è stata sottoposta all'attenzione del Servizio Medico Regionale (SMR) per presa di posizione. Tramite annotazione del 13. novembre 2019 veniva comunicato che dalla documentazione medica agli atti non emergevano né fatti nuovi né modifiche di fatti noti che conducano a sostanziali cambiamenti dello stato di salute e funzionale. Tenuto conto di quanto sopra il progetto del 2 ottobre 2019 viene confermato.” (doc. AI pag. 377) Di fronte a questo giudice l'assicurato ha prodotto un certificato del dr. \_\_\_\_\_ dell'11 dicembre 2019 (doc. B), in merito al quale si sono espressi il medico SMR e il dr. \_\_\_\_\_ nel senso che non era ravvisabile una modifica dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione (cfr. in esteso al consid. 2.10). 2.9. Nella concreta fattispecie, dopo attento esame della documentazione agli atti, rammentato che la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 e 9C\_418/2010 consid. 3.1; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181; cfr. anche 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2; cfr. sopra al consid. 2.5), questo Tribunale, per i motivi che seguono, non può che confermare la decisione dell'Ufficio AI, con la quale ha in sostanza negato l'intervento di

un peggioramento rilevante delle condizioni dell'assicurata rispettivamente della sua capacità lavorativa, e, quindi, confermato il diniego delle prestazioni. Occorre rammentare che in occasione della prima decisione del 1. marzo 2017 - cresciuta incontestata in giudicato e di conseguenza vincolante - l'amministrazione si era basata sulle certificazioni dei curanti, sulla perizia allestita dal dr. \_\_\_\_\_, neurologo, per l'assicurazione malattia e, quindi, sui rapporti finali del 22 dicembre 2016 e 20 gennaio 2017 del medico SMR, il quale, diagnosticati "sindrome da insufficienza lombovertebrale cronica con 30.3.2016 laminectomia L3 destra, Foraminotomia L4 destra. Sequestrectomia L3/4 destra per sindrome radicolare algica L3 a destra su ernia discale L3/4 ", aveva concluso che sia nell'attività abituale che in attività adeguate l'assicurata era da considerare inabile in misura piena limitatamente al periodo dall'11 gennaio al 1. settembre 2016, mentre che in seguito era da considerare abile completamente (doc. AI pag. 183 e 195). In sede di evasione della nuova domanda di prestazioni del 2 agosto 2018, sulla base degli accertamenti esperiti la situazione è apparsa sostanzialmente invariata sino al mese di aprile 2017, allorquando è stato affettivamente accertato un peggioramento delle condizioni con ripercussione tuttavia unicamente sulla capacità lavorativa nell'attività abituale di venditrice, passata dal 100% al 50%, mentre che relativamente ad un'attività leggera adeguata la capacità era sempre da considerare piena. In particolare, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI fino alla resa della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, questo giudice non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del 3 giugno 2019 del dr. \_\_\_\_\_, da considerare dettagliata, approfondita e rispecchiante i ricordati parametri giurisprudenziali. In effetti, il perito, dopo attenta valutazione della documentazione agli atti, dell'anamnesi, di un accurato esame clinico con descrizione particolareggiata dei vari aspetti, tenuto conto di quanto accertato clinicamente e delle descrizioni soggettive, ha correttamente ritenuto che l'assicurata era portatrice di "Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, in Discopatie plurisegmentali lombari, Esiti da laminectomia L3 a destra, foraminotomia L4 a destra, sequestrectomia L3/L4 a destra, il 30.3.2016, per radicolopatia L4 a destra su ernia discale L3/L4 a Destra ", mentre che alle altre diagnosi di "disturbi del rachide, decondizionamento e sbilancio muscolare, epicondilopatia omeroradiale a sinistra, periartropatia dell'anca sinistra" non era attribuibile valenza invalidante. Nella sua dettagliata valutazione il perito ha illustrato come i disturbi accusati dall'assicurata, i deficit funzionali dimostrati anche durante l'esame clinico peritale, si spiegassero con le alterazioni strutturali evidenziate. In particolare il decondizionamento del corsetto muscolare lombo addominale, non veniva affrontato in modo tale da raggiungere un rinforzo muscolare, atto a stabilizzare il rachide lombare, aumentandone la resistenza agli sforzi fisici, sia durante l'attività lavorativa, sia durante il tempo libero. Sottolineato quindi come fosse auspicabile l'avvio di un programma fisioterapico rivolto al riequilibrio e ricondizionamento della muscolatura assiale e periferica, ha definito come segue la capacità funzionale e di carico residua dell'assicurata : " Per quanto concerne quest'ultima, l'assicurata può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurata può talvolta sollevare pesi fino a 2 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 2 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurata può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurata può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, mai effettuare la rotazione del tronco, talvolta

assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, mai la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, mai assumere la posizione accovacciata. 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 quando ne sente la necessità. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, spesso camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai 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 l'età, la formazione, fattori socioculturali, la disoccupazione, quindi anche la disponibilità dell'ultimo posto di lavoro, difficoltà economiche, la disponibilità sul mercato del lavoro locale di un'attività perfettamente adatta allo stato di salute, rispecchiante le aspettative dell'assicurata, la sua disponibilità a reinserirsi nel processo lavorativo, ecc.. Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili, sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero.” Esprimendosi sulla capacità lavorativa, premesso che a suo parere vi erano le risorse fisiche per una reintegrazione professionale, il perito ha ritenuto che l'assicurata, in un lavoro adatto allo stato di salute, tenente conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopracitati, a partire dall'aprile 2017 era da considerare abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100%. Con riferimento all'ultima attività esercitata (“\_\_\_\_\_” presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), mettendo a confronto il mansionario lavorativo con i carichi sollevati e trasportati fornito dall'ultimo datore di lavoro con i limiti funzionali e di carico dettati dallo stato di salute attuale, sul piano medico teorico ha ritenuto che l'assicurata, a partire dal mese di aprile 2017, era da considerare abile al lavoro per quest'ultima attività, sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50 %, considerato come ella non poteva più sollevare in parte i carichi dettati dal contesto lavorativo svolto e l'attività veniva prevalentemente praticata in piedi. Come casalinga, l'ha giudicata, sempre a partire da aprile 2017, abile sull'arco di una giornata lavorativa abituale, con una diminuzione del rendimento del 40 %, a seguito dei limiti funzionali e di carico. Per quanto riferito ad un'attività adeguata invece, tenente dunque pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopracitati, ha ritenuto l'interessata, a partire dall'aprile 2017, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100%. Lo specialista ha infine sottolineato la necessità di procedere all'avvio di un programma fisioterapico rivolto al riequilibrio e ricondizionamento della muscolatura assiale e periferica, da attuarsi a lungo termine, alla frequenza di 3 sedute settimanali, della durata di 1 ora, durante 6-9 mesi, realizzabile senz'altro anche a margine delle ore lavorative. A tali conclusioni, ben motivate e frutto di un approfondito esame e rispettose dei requisiti posti dalla giurisprudenza in materia di perizie, questo giudice deve senza riserve aderire. Del resto le stesse sono state pienamente condivise anche dal SMR nel rapporto finale 6 giugno 2019 (cfr. doc. AI pag. 290). 2.10. Nemmeno i referti radiologici e le certificazioni mediche e paramediche prodotti in fase di osservazione al progetto di decisione hanno apportato elementi nuovi suscettibili di modificare le conclusioni tratte dall'amministrazione. In particolare, nel referto relativo alla radiografia del 6 agosto 2019 alla colonna lombosacrale e del bacino presso il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (dr. \_\_\_\_\_), viene descritta la presenza di vertebre regolarmente allineate con raddrizzamento della fisiologica lordosi, artrosi delle articolazioni interapofisarie al passaggio lombosacrale con riduzione in altezza dello spazio

intersomatico, una regolare altezza dei restanti spazi intersomatici, una scoliosi destroconvessa al passaggio lombosacrale con rotazione vertebrale. La radiografia del bacino ha mostrato regolari rapporti articolari coxofemorali senza alterazioni strutturali, assenza di calcificazioni periarticolari, artrosi dell'articolazione sacroiliaca destra con riduzione della rima articolare, non alterazioni della sinfisi pubica (doc. AI pag. 333). L'assicurata è inoltre stata sottoposta ad una risonanza magnetica alla colonna lombare nativa il 16 agosto 2019 presso l'ospedale di \_\_\_\_\_. Nel relativo referto la radiologa dr.ssa \_\_\_\_\_ descrive un canale spinale di ampiezza normale, in L1/L2 una focale ernia discale paramediana destra senza compressioni, a livello L2/L3 un moderato bulging discale senza compressioni, in L3/L4 gli esiti di laminectomia a destra, una lieve distorsione del sacco e note faccettopatie; si notava una presa di contrasto in sede epidurale a favore di alterazioni cicatriziale, senza segni compressivi, in L4/L5 note spondilistiche con lievi alterazioni di segnale Modic II anteriormente, accennata minima retrolistesi, discreta faccettopatia e versamento a destra, lieve sporgenza del disco in sede paramediana sinistra con possibile contatto con l'emergenza radicolare di L5; il livello L5/S1 veniva descritto con alterazioni di segnale sulle limitanti vertebrali Modic11; vi era infine una lieve sporgenza discale paramediana a destra a contatto con l'emergenza radicolare di S1 (doc. AI pag. 368). Ora, su tali referti si è espresso il medico SMR in data 4 settembre 2019 nel senso che essi non attestavano elementi clinici rilevanti e questa conclusione, alla luce anche dell'ulteriore certificazione del dr. \_\_\_\_\_ del 27 gennaio 2020 di cui si dirà in seguito, va confermata (doc. AI pag. 336). L'assicurata ha pure fatto pervenire un rapporto 31 ottobre 2019 della dr.ssa \_\_\_\_\_, chiropratica, che ha attestato: " Egregio Signor \_\_\_\_\_, con la presente riferisco in merito alla summenzionata paziente che ho visitato la prima volta in data 04.10.2019 per una cervicgia acuta. Non ritorno sull'anamnesi della colonna lombare operata nel 2016, che da allora è sempre stata fonte di dolore e soggetta a varie terapie. A livello cervicale si riscontra un torcicollo iniziato il 13.09.2019 non di origine traumatica. Il dolore si irradia sulla testa dando una sensazione di nausea e leggero capogiro alla paziente. Nessun precedente episodio di cervicgia conosciuto. La Signora RI 1 riporta inoltre dolore e sudorazione notturna. Dall'inizio dei sintomi sta assumendo Mephadolor, Co-Dafalgan e Sirdalud su base giornaliera. Nessuna irradiazione nelle braccia o formicolii presenti. All'esaminazione fisica troviamo un arco di movimento grossolano della colonna cervicale diminuito del 50% circa in rotazione sulla destra, e diminuito di circa 1/3 in rotazione sinistra e flessione laterale sulla sinistra. Tutti i movimenti del capo riproducono il dolore locale e la nausea. ROT +2 bilateralmente negli arti superiori, nessuna debolezza degli arti superiori riscontrata. Test di compressione negativo. Test di Kemp's positivo per dolore locale bilateralmente. Trigger point bilateralmente nel muscolo trapezio superiore, sovraspinato, romboide e SCM. Mioartropatia muscolare sulla sinistra. Il 25.09.2019 erano state richieste dal medico di famiglia delle radiografie cervicali (vedi referto allegato) che dimostravano note di spondilosi e uncoartrosi a livello C4-5-6 con riduzione degli spazi discali. Visto la forte sintomatologia infiammatoria ho richiesto un RM cervicale. Dall'esame si rivela una discopatia C5-6 senza compressioni radicolare o midollare (vedi referto allegato). Diagnosi: Sindrome cervicovertebrale acuta Sindrome miofasciale della zona cervicoscapolare da ambo i lati Ad oggi ho eseguito tre trattamenti che consistono in leggere mobilizzazioni della colonna vertebrale con miglioramenti sia oggettivi nell'arco di movimento che soggettivi nella percezione del dolore. Rimangono ancora dei forti Trigger points nella muscolatura." (doc. AI pag. 351) L'insorgente ha pure fatto pervenire il referto di una radiografia eseguita il 25 settembre 2019 alla colonna

cervicale e laterale presso l'ospedale di \_\_\_\_\_, che ha riferito una regolare fisiologica lordosi cervicale, con note di spondilosi ed uncoartrosi a livello C4, C5 e C6, con lieve riduzione degli spazi discali corrispondenti; l'allineamento del muro somatico posteriore dei metameri in studio era regolare (doc. AI pag. 353). Inoltre un referto relativo ad una risonanza magnetica effettuata l'11 ottobre 2019 alla colonna cervicale nativa, nel quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha riferito della presenza di " Giunzione cranio-cervicale nella norma. Canale spinale di ampiezza normale. Normale morfologia e segnale del midollo, rappresentato fino all'altezza di D3. Strutture ossee di segnale normale. Non fratture, alterazioni edematose o lesioni focali. Iniziale discopatia 05-C6 con minima protrusione diffusa, senza compressione midollare o radicolare. Normale morfologia e segnale dei restanti dischi, da C2 a D3, senza evidenza di ernie o compressioni radicolari. Piccole articolazioni posteriori senza particolarità. Non masse intraspinali o perivertebrali. Parti molli senza particolarità ". (doc. AI pag. 354). È pure stato prodotto agli atti uno scritto del 5 maggio 2019 della signora \_\_\_\_\_, terapeuta complementare e agopuntura, con il quale certificava di aver visto l'assicurata per delle sedute di agopuntura nel periodo compreso tra febbraio 2019 e settembre 2019 in quanto affetta da patologia cronica degenerativa quale discopatia congenita che consisteva nello schiacciamento dei dischi vertebrali con compromissione dei nervi periferici e conseguenti dolori cronici e parestesie agli arti affermava che con delle sedute di agopuntura si era cercato di portare la paziente ad un'assunzione minore di analgesici e migliorare la scarsa qualità del sonno resa tale dai dolori anche notturni, grande influenza anche sul lato emotivo in quanto vivere sempre in condizioni di dolore cronico era invalidante (doc. AI pag. 357). È pure pervenuta agli atti una dichiarazione della massaggiatrice medica dell'assicurata, signora \_\_\_\_\_, descrivente l'approccio dei trattamenti intrapresi, come segue: " La signora si è presentata nel mio studio il 11.10.2018 con dolori molto acuti nella zona della colonna lombare. La deambulazione antalgica era molto difficoltosa come tutti i movimenti di cambiamento di posizione (VAS 8/10). Di notte, il forte dolore svegliava la paziente e la mattina il dolore al suo massimo. La signora prendeva giornalmente antidolorifici e antinfiammatori. Dall'esame visivo, si riscontra una muscolatura ipertrofica nella zona del tratto lombare ma anche sul tratto dorso cervicale con un trofismo aumentato sul lato destro. Alla C7, è evidente un rigonfiamento importante. La paziente soffre di ipersensibilità su tutta la muscolatura della schiena rendendo l'esame palpatorio praticamente impossibile. Il solo sfioramento creava dolori. Inoltre, la signora soffre di stipsi importante. Il trattamento Considerando l'ipersensibilità, il trattamento iniziale si è concentrato sulla presa di contatto fisico nel tratto lombare e nei tratti dorso cervicali. La tecnica utilizzata è stata quella fasciale con l'intento di aiutare rilassare i tessuti della zona dorso cervicale mirando ad un effetto indiretto sulle lombari. La signora è stata istruita a esercizi di respirazione da fare al proprio domicilio. Dopo qualche trattamento, la percezione dolorosa ha iniziato a diminuire e il trattamento delle fasce è stato eseguito anche sul tratto lombare. La sintomatologia algica è migliorata anche durante la vita quotidiana della signora soprattutto durante il corso della giornata. Al mattino, il dolore è sempre rimasto importante. Alla palpazione l'ipersensibilità è fortemente diminuita e ha permesso di trattare la muscolatura nella zona lombare. Sono state eseguite delle manovre di massaggio terapeutico molto lievi. Visto la stipsi importante, è stata trattata anche l'addome con l'obiettivo di alleviare i dolori intestinali e di aiutare la motilità intestinale. Dall'inizio alla fine della terapia in corso, gli intervalli tra un trattamento e l'altro sono stati irregolari per via delle terapie complementari (agopuntura e fisioterapia) in corso. In conclusione Malgrado la terapia inizialmente ebbe i

suoi risultati con miglioramenti dei dolori e delle AVQ, la signora ha vissuto momenti di sollievo e riacutizzazione dei dolori. La terapia di massaggi medicali è stata interrotta il 3 luglio 2019.” (doc. AI pag. 355) Dal canto suo, la fisioterapista \_\_\_\_\_, ha certificato che l’assicurata aveva eseguito due cicli da nove sedute di trattamento a causa di dolori cronici lombari invalidanti, “ con benefici non mantenuti nel lungo termine vista la specificità della problematica” (doc. AI pag. 356). Questa documentazione è stata sottoposta al dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale, con annotazione del 13 novembre 2019, ha affermato che “ dalla documentazione medica agli atti non emergono fatti nuovi né modificazioni di fatti noti che conducono a sostanziali cambiamenti dello stato di salute e funzionale. La dr.ssa Bianchi inoltre non si esprime in termini di CL” (doc. AI pag. 381). A dette conclusioni, espresse da un medico alla luce di tutti gli atti all’inserto (e pure condivise dal perito dr. \_\_\_\_\_; cfr. in seguito doc. VIII/1), questo giudice non può che aderire, ritenuto come le attestazioni dei terapisti che si occupano dell’assicurata non possono evidentemente mettere in forse le conclusioni approfondite tratte da un perito reumatologo e dal SMR, osservato peraltro che nessuno dei terapisti si pronuncia in qualche modo sulla capacità lavorativa. Col ricorso l’assicurata ha prodotto inoltre una certificazione del curante dr. \_\_\_\_\_ dell’11 dicembre 2019 attestante: " Confermo che la paziente sopraccitata si trova in mia cura a causa di malattia. La paziente viene seguita regolarmente ad intervalli di tempo anche brevi a causa della persistenza di una forte sintomatologia dolorosa prevalentemente a livello lombare e recentemente anche a livello cervicale. Non ritorno sull'anamnesi e sugli antecedenti interventi di neurochirurgia, ricordo un ennesimo ed ultimo intervento di termocoagulazione L3-L4 bilaterale presso il centro del dolore nel luglio 2018. A causa dei forti dolori è stato in seguito introdotto il porto di un apparecchio TENS con elettrodi per alleviare i dolori con tuttavia scarso risultato. La terapia medicamentosa ha esaurito tutte le sue possibilità essendo la paziente attualmente in terapia con oppiacei (Fentanyl cerotti) con beneficio molto limitato mentre vari tentativi con corticosteroidi per o.s. hanno portato ad un beneficio temporaneo dello stato generale e ad una minima diminuzione dei dolori a livello lombare. Una RMI della colonna lombare dell'agosto 2019 ha mostrato a più livelli building discali, focali ernie discali con possibile contatto con l'emergenza radicolare L5 a sinistra e 51 a destra. Conosco la paziente da molti anni, i disturbi lamentati sono senz'altro credibili e la signora \_\_\_\_\_ ha sempre mostrato un'attitudine positiva verso un eventuale ripresa dell'attività lavorativa. Vari tentativi tuttavia non sono andati a buon fine sempre a causa dei dolori lamentati. In conclusione ritengo che la percentuale di inabilità lavorativa della paziente e la relativa rendita AI debbano essere significativamente aumentati e che la possibilità di una ripresa dell’attività lavorativa sia da escludere.” (doc. B) Ora, nemmeno tale certificazione, che peraltro neanche si pronuncia chiaramente sui motivi concreti che giustificerebbero una limitazione della capacità lavorativa superiore a quella accertata in sede peritale, manifestamente non consente di comprovare un peggioramento delle condizioni dell’assicurata. Del resto, la stessa è stata sottoposta all’esame del medico SMR dr. \_\_\_\_\_, il quale si è pronunciato nell’Annotazione del 17 gennaio 2020 nel senso che la nuova documentazione pervenuta non conteneva elementi “ atti a modificare la valutazione valetudinaria descritta nel RAF del 6 giugno 2019 e basata sulla perizia del dr. \_\_\_\_\_”. Il medico SMR ha tuttavia ritenuto di sottoporre la stessa al perito dr. \_\_\_\_\_. Nel suo complemento peritale del 27 gennaio 2020, quest’ultimo ha innanzitutto elencato e riassunto dettagliatamente la documentazione prodotta dall’assicurata e sottopostagli in valutazione (segnatamente la certificazione di cure

fisioterapiche della signora \_\_\_\_\_, il referto radiologico del 16 agosto 2019 del dr. \_\_\_\_\_ del centro di radiologia polimedica a \_\_\_\_\_, quelli del 16 agosto e 25 settembre 2019 del servizio di radiologia dell'ospedale di \_\_\_\_\_, quello del 11 ottobre 2019 della dr.ssa \_\_\_\_\_, lo scritto della dr.ssa \_\_\_\_\_, chiropratica del 31 ottobre 2019, della signora \_\_\_\_\_ del 5 novembre 2019 e del 6 novembre 2019 della signora \_\_\_\_\_ e infine il certificato dell'11 dicembre 2019 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. VIII/1). Ha quindi espresso le seguenti considerazioni: " (...) Rammento che al momento della valutazione peritale reumatologica del 28.5.2019, avevo posto le diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale, in discopatie plurisegmentali lombari, esiti da laminectomia L3 a destra, foraminotomia L4 a destra, sequestrectomia L3/L4 a destra, il 30.3.2016, per radicolopatia L4 a destra su ernia discale L3/L4 a destra, disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, epicondilopatia omeroradiale a sinistra e di periartropatia dell'anca sinistra. A differenza di quanto affermato dalla chiropratica curante Dr.ssa \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, al momento della valutazione peritale, l'assicurata già accusava dolori nucali bilaterali al mattino che diminuivano al movimento. La risonanza magnetica della colonna cervicale del 11.10.2019, ora prodotta, rivela minime alterazioni degenerative in 05-C6, senza compressioni di strutture nervose, alterazioni queste frequentemente riscontrate nella classe d'età dell'assicurata, 52-enne, anche in soggetti asintomatici, per cui non è comprovato che l'alterazione descritta sia alla base dei dolori cervicali riferiti sia al sottoscritto, sia alla Dr.ssa \_\_\_\_\_. Le alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide lombare erano già note al momento della valutazione peritale del 28.5.2019. In sintesi le patologie strutturalmente spiegabili comunicate con l'ulteriore documentazione medica prodotta dopo la valutazione reumatologica peritale in questione, non comportano un cambiamento della valutazione della capacità funzionale e di carico residua dell'assicurata, per cui non posso giungere a differente valutazione della capacità lavorativa in attività adatta allo stato di salute, nell'attività solita, rispettivamente come casalinga." (doc. VIII/1) Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 3 febbraio 2020, ha aderito senza riserve alle conclusioni del perito reumatologo, affermando che il dr. \_\_\_\_\_ " conferma come le patologie strutturalmente spiegabili comunicate con l'ulteriore documentazione medica prodotta dopo la valutazione reumatologica peritale in questione, non comportano un cambiamento della valutazione della capacità funzionale e di carico residua dell'Assicurata, in attività adatta allo stato di salute, nell'attività solita, rispettivamente come casalinga. " (doc. VIII/2). Da tale conclusione, tratta dal perito reumatologo dopo dettagliata e approfondita valutazione di tutti i referti prodotti dall'assicurata e, quindi, confermata dal SMR dopo accurato esame del caso e della documentazione agli atti, questo Tribunale non ha motivo di scostarsi. Del resto, come detto, la documentazione medica prodotta dall'assicurata si limita a descrivere la situazione già nota senza tuttavia pronunciarsi, ad eccezione dell'accenno contenuto nella certificazione del dr. \_\_\_\_\_, sulla capacità lavorativa, e non allegando motivazioni per cui la conclusione di inabilità lavorativa del 50% nell'attività abituale e dello 0% in attività adeguate (dal 1. aprile 2017, rispettivamente 1. settembre 2016) non sarebbe condivisibile, almeno per quanto riguarda il periodo determinante sino alla resa della decisione contestata. Del resto le valutazioni del perito reumatologo e del SMR non sono state smentite nemmeno da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento

successivo alle predette valutazioni mediche e entro la data della decisione contestata, ritenuto come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato del 25 settembre 2018 ( DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Dalla documentazione prodotta dall'assicurata non è quindi possibile dedurre un peggioramento delle sue condizioni con influsso rilevante sulla capacità lavorativa successivo alla valutazione reumatologica del 3 giugno 2019 o quantomeno entro la data decisiva della decisione contestata. Richiamate peraltro anche le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.6), il diverso parere espresso dal dr. \_\_\_\_\_, che in ogni modo appare privo di motivazione e di una chiara conclusione sulla capacità lavorativa, risulta spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è suscettibile di modificare le motivate conclusioni del perito reumatologo e del SMR e, di conseguenza, dell'amministrazione, non permettendo di ammettere l'intervento di un peggioramento delle condizioni dell'assicurata rilevante e tale da modificare il grado di invalidità. Occorre quindi concludere che l'assicurata ha contestato le conclusioni peritali senza tuttavia produrre documentazione rilevante o fornire elementi che consentano in qualche modo a questo giudice di considerare inattendibili le conclusioni della perizia del 3 giugno 2019 e del SMR e, quindi, dell'Ufficio AI, dalle cui conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata non è quindi possibile dipartirsi. Al proposito va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). A questo riguardo va ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - 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 nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova

perizia. Questo Tribunale ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata sia stato approfonditamente vagliato prima dell'emanazione della decisione impugnata (del 13 novembre 2019), data che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti ). Visto quanto sopra, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, vanno condivise le affidabili e concludenti valutazioni del perito dr. \_\_\_\_\_ e dei medici SMR (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la STFA I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011 con rinvii, 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008), che hanno valutato compiutamente la documentazione medica agli atti e sono giunti ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. Richiamato pure l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del possibile discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti), è quindi da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti, 115 V 142 consid. 8b) che lo stato di salute della ricorrente non ha subito un rilevante (ossia suscettibile di comportare il riconoscimento di prestazioni) peggioramento rispetto al momento della precedente decisione di diniego di prestazioni del 1. marzo 2017, con un'inabilità lavorativa completa in ogni attività limitatamente al periodo dall'11 gennaio al 1. settembre 2016, e con una ripresa di un'inabilità del 50%, ma limitatamente all'attività abituale, dal 1 aprile 2017. A giusta ragione quindi l'amministrazione, effettuato il confronto dei redditi (cfr. al consid. 2.11), ha confermato il diniego delle prestazioni. 2.11. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto totalmente incontestato), alla valutazione esperita dall'Ufficio AI - che ha raffrontato un reddito da valida di fr. 78'000.- percepito dall'assicurata dall'ultimo datore di lavoro a un reddito da invalida di fr. 62'442.- statisticamente conseguibili nel 2018 da personale femminile svolgendo un'attività amministrativa/commerciale, ritenuta esigibile dall'assicurata in base alle suesposte conclusioni medico teoriche, ottenendo quindi un grado d'invalidità del 20% ( $[78'000 - 62'442] \times 100 : 78'000 = 20\%$ ), escludente qualsiasi diritto ad una rendita d'invalidità; cfr. in esteso al consid. 2.8 - va prestata integrale adesione. 2.12. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, l'Ufficio AI ha correttamente negato all'assicurata una rendita d'invalidità. La decisione contestata va quindi confermata, mentre che il ricorso va respinto. All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.13. 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.