

## **TI\_GERICHTE 32.2020.109 vom 28. Juli 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-07-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.109](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.109)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.109 du 28 juillet 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.109 del 28 luglio 2020

### **Regeste**

Le conclusioni a cui sono giunti i periti vanno confermate. Essi hanno dettagliatamente motivato perché i pareri dei curanti, non specialisti in materia, non erano condivisibili. Valorizza meglio la capacità lav. residua nell'attività precedente anziché in attività adeguate. Vale il confronto percentuale

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-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; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 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 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). 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). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (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 ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)"

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.4. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pagg. 628-629; D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. L'esperto deve inoltre esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). Inoltre, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie

mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" . Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico ( psychische Fehlentwicklungen ), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che " (...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) ". Con DTF 130 V 352 la nostra Massima Istanza ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10: F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo , Le perizie nelle assicurazioni sociali, op. cit., pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, il Tribunale federale, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto ( Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: "

#### **E. 4.2**

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von

Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" . Con la STF 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch) ). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi ( DTF 143 V 409 ) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C\_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata ( cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch) ) . 2.5. Oltre che dai suoi medici curanti, le condizioni di salute della ricorrente sono state esaminate dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna, per conto dell'assicuratore malattia per perdita di guadagno del suo datore di lavoro, che il 17 gennaio 2018 ha visitato l'assicurata e il medesimo giorno ha allestito il relativo referto (doc. 57 pag. 218), ponendo la diagnosi di esiti di trapeziectomia con resezione-sospensione-interposizione destra secondo Sigfusson-Lundborg modificato (3 aprile 2017) per rizartriosi destra e il 22 agosto 2017 per rizartriosi sinistra; sindrome cervico-spondilogeno bilaterale più accentuata a sinistra, cronificata. Grazie alle operazioni alle mani e alle infiltrazioni nelle cervicali, dal punto di vista soggettivo e oggettivo v'era stato un certo miglioramento, con diminuzione dei dolori, mobilità del rachide cervicale significativamente aumentata, tanto che dal 19 febbraio 2018 l'assicurata era in grado di riprendere a metà tempo l'abituale attività di

addeita allo smistamento e al recapito di pacchi e lettere. Il 13 aprile 2018 (doc. 57 pag. 233) l'assicurata è stata visitata da un altro medico fiduciario dell'assicuratore malattia, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, che ha diagnosticato una sindrome cervico-spondilogenica cronica e tendinosi laterocervicale bilaterale e uno stato dopo cura chirurgica di rizartrosi alla mano destra nell'aprile 2017 e alla mano sinistra nell'agosto 2017. A suo dire il quadro clinico si era stabilizzato. Tuttavia, per il medico fiduciario con queste patologie l'attività abituale non era particolarmente adatta per l'assicurata, perciò ha valutato che l'incapacità lavorativa del 50%, intesa come metà tempo di lavoro, era a quel momento giustificata e doveva essere rivalutata nel tempo in base al decorso. Fino a novembre 2018 la ricorrente ha continuato a lavorare al 50%, ma dal 6 dicembre 2018 il suo medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna generale, riscontrando un peggioramento delle sue condizioni di salute, l'ha dichiarata inabile al lavoro al 100% per motivi fisici e psichici. Infatti, a fine 2018 v'è stato un peggioramento importante della sintomatologia depressiva, che ha necessitato la presa a carico dell'assicurata da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia. La prognosi non era buona e anche in attività adeguate la capacità lavorativa era nulla (doc. 77). Anche il suo datore di lavoro ha sottoposto l'assicurata a una visita medica fiduciaria, che ha avuto luogo il 7 febbraio 2019 da parte del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale, il quale ha esaminato gli atti medici dal 2017 in poi, ha posto l'anamnesi, i disturbi soggettivi, i reperti oggettivi e la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome cervicale, cervico-cefalica e cervico-brachiale bilaterale sinistra e destra croniche su alterazioni degenerative ed ernia discale C4-C5 a sinistra. Quale diagnosi senza influsso egli ha accertato una sindrome depressiva e leggermente ansiosa, verosimilmente reattiva in stato dopo primo episodio depressivo (2015); ipotireosi; stato dopo laparotomia diagnostica (1985), appendicectomia (1987), frattura/fissura bacino anteriore sinistra (2016) e intervento per rizartrosi bilaterale (2017). Il medico fiduciario ha valutato il decorso come parzialmente favorevole. Soggettivamente l'assicurata lamentava soprattutto dolori alla colonna cervicale irradianti nell'arto superiore sinistro al carico e una sintomatologia di tipo depressivo; oggettivamente egli ha rilevato che erano presenti i segni di una sindrome cervicale e cervico-brachiale sinistra su alterazioni degenerative evidenziate radiologicamente nonché le stigmati di un disturbo di tipo soprattutto depressivo. A suo dire, quindi, dal 6 dicembre 2018 l'assicurata non era più in grado di svolgere la sua professione originaria nella misura del 100%, risultando in via definitiva completamente inidonea a questa attività. A causa della problematica alla colonna cervicale l'interessata era da considerare abile al lavoro, verosimilmente nella misura massima del 50%, in un'attività professionale di tipo leggero che non comportasse il sollevamento e il trasporto di pesi superiori a 5 kg, frequenti spostamenti con autoveicoli, movimenti ripetitivi della colonna cervicale, soprattutto rotazione e reclinazione, e degli arti superiori, evitasse la posizione seduta per più di un'ora e avesse la possibilità di alzarsi e muoversi. Sulla scorta di questi riscontri, il rapporto finale del 26 giugno 2019 (doc.102) reso dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in medicina del lavoro, attiva presso il Servizio Medico Regionale, ha stabilito che nell'attività abituale di addeita allo smistamento e al recapito di pacchi e lettere l'incapacità lavorativa era del 100% dal 24 marzo 2017, del 50% dal 19 febbraio 2018, dello 0% dal 5 marzo 2018, del 50% dal 1° aprile 2018 e del 100% dal 6 dicembre 2018. In attività adeguate il medico SMR ha stabilito un'incapacità lavorativa del 100% dal 24 marzo 2017 e dello 0% dal 19 febbraio 2018. A ciò ha fatto seguito il primo progetto di assegnazione di rendita del 23 luglio 2019 (doc. 106), con cui all'assicurata è stata attribuita una mezza rendita di invalidità dal 1°

aprile 2018 (grado AI 50%) e dal 1° marzo 2019 (grado AI 52%). I nuovi certificati medici prodotti dall'assicurata per contestare questo preavviso hanno portato la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ il 16 settembre 2019 (doc. 115) a ritenere opportuna l'erezione di una perizia ortopedica e psichiatrica, che è stata affidata al \_\_\_\_\_. Il 30 ottobre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha avuto modo di visitare l'interessata durante due ore di colloquio e il 9 dicembre 2019 (doc. 125) ha reso il suo parere, in cui ha indicato di essersi basato sui rapporti del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_ trasmessi dall'Ufficio AI, come pure sul rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ del 13 febbraio 2019 e sulla sua indagine psichiatrica. Il perito ha esposto gli estratti dei referti dei medici curanti aventi attinenza psichiatrica, i disturbi soggettivi attuali, la terapia in atto, l'anamnesi sistemica, familiare, biografica, scolastica e professionale, lavorativa, sociale, la descrizione della giornata, la terapia farmacologica precedente e attuale, le previsioni per il futuro. Nelle constatazioni oggettive l'esperto ha riportato i risultati della visita psichiatrica, del test psicologico e delle capacità funzionali dell'assicurata secondo lo schema Mini ICF-APP. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di disturbo depressivo ricorrente, attuale episodio lieve (ICD-10: F33.0), mentre quale diagnosi senza influsso problemi correlati all'occupazione e alla disoccupazione (ICD-10: Z56), problemi di adattamento ai passaggi del ciclo vitale (ICD-10: Z60.0) e ostilità nei confronti del bambino, trasformato in capro espiatorio (ICD-10: Z62.3). Nella sua valutazione il perito ha ripercorso lo status psichico e somatico dell'assicurata, la sua personalità, i dolori somatoformi, le comorbidità, il contesto sociale, i precedenti trattamenti medici e professionali adottati, come pure ha valutato la consistenza e la plausibilità delle informazioni mediche ricevute. Per quanto concerne la capacità lavorativa, dal punto di vista psichico senza considerare i disturbi fisici comprovabili, l'assicurata era in grado di esercitare l'abituale attività di addetta al recapito per 8 rispettivamente 8 ore 30 minuti al giorno, con una riduzione del rendimento del 30%. Dal profilo psichiatrico, la capacità lavorativa era del 70% dal marzo 2017. In un'attività adatta senza aumento dello stress emotivo, senza aumento della pressione del tempo (stress) e senza un costante stress sopra la media, per motivi psichici l'interessata era in grado di lavorare per 8 rispettivamente 8 ore e mezza con una limitazione del 20%. In un'attività adeguata la capacità lavorativa era dell'80% dal marzo 2017. Nel rispondere alla domanda posta dall'SMR (" La patologia psichiatrica sofferta dall'A è riconducibile a condizioni socioeconomiche o a circostanze psicosociali (ICD-10: Z56-Z65) e segnatamente a Z56? "), lo psichiatra ha evidenziato che dagli atti medici risultava che nel marzo 2017 l'assicurata soffriva di un episodio depressivo di grado lieve, che con il tempo la sintomatologia era peggiorata e a fine 2018 è stato riscontrato un episodio depressivo di grado medio, che grazie al trattamento psichiatrico nel 2019 era migliorato, cosicché presumibilmente da metà 2019, ma con certezza al momento della perizia nel mese di ottobre 2019, poteva essere stabilito un episodio depressivo di grado lieve. Quali fattori che hanno causato il disturbo depressivo ricorrente di grado da lieve a medio dal marzo 2017 vi sono oltre ai fattori costituzionali e ai fattori di personalità i fattori psicosociali. L'autostima dell'assicurata dipendeva in larga misura dalla sua prestazione e dalla conferma esterna della sua prestazione. La graduale perdita di questa conferma, inizialmente con la perdita della funzione di capogruppo nell'inverno 2018/2019 ed infine con la perdurante incapacità lavorativa dal 4 marzo 2019, giustificava la codifica di ICD-10: Z56 Problemi relativi all'occupazione e disoccupazione. Il rifiuto e il trattamento talvolta crudele da parte della madre giustificavano la codifica ICD-10: Z62.3. La connessione temporale tra i sintomi depressivi e la partenza di entrambe le figlie, la cui

educazione rappresentava un punto centrale della vita dell'assicurata, dava diritto alla codificazione di ICD-10: Z60.0. Il 20 novembre 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia ortopedica, ha visitato l'assicurata dalle ore 15.10 alle ore 16.05 e una settimana dopo (doc. 124) ha completato il suo rapporto, basandosi sugli atti trasmessigli dall'Ufficio AI, sulla sua valutazione clinica, sulle radiografie effettuate quel giorno e sulle risonanze magnetiche della colonna cervicale e lombare che l'interessata ha esperito il 26 e il 27 novembre 2019. Dagli atti il chirurgo ortopedico ha estratto il rapporto del 28 maggio 2015 sulla risonanza magnetica alla colonna cervicale, il rapporto del 13 aprile 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_ e quello del 21 febbraio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_. Egli ha esposto l'anamnesi somatica, scolastica e professionale, lavorativa, sociale, i trattamenti precedenti, le prospettive per il futuro. Lo specialista ha poi riportato i reperti oggettivi della valutazione clinica e radiologica, spiegando e ponendo la diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa di sindrome cervico-vertebrale con osteocondrosi massiccia e uncartrosi C4/C5 con spostamento della radice del nervo C5 a sinistra, leggera osteocondrosi C5/C6; pseudolombosciatalgia bilaterale con leggera osteocondrosi e spondiloartrosi L3/L4, spondiloartrosi massiccia L4/L5 e chiara osteocondrosi e spondiloartrosi L5/S1 senza compressione neurale. Senza conseguenze sulla capacità lavorativa sono state poste le diagnosi di piedi piatti e di stato dopo operazione di rizartrrosi bilaterale nel 2017. Il rapporto peritale prosegue esponendo il precedente stato personale, professionale e di salute dell'assicurata, un giudizio sul decorso dei trattamenti già ricevuti, sulla consistenza e la plausibilità dei referti medici passati, i limiti funzionali attuali. Dal profilo somatico, la capacità lavorativa come caporeparto presso \_\_\_\_\_, attività leggera fino a medio pesante, con movimenti di rotazione della colonna, non raramente svolta in ambienti freddi e umidi, era del 60% al più tardi dal maggio 2015. Per attività fisicamente leggere in ambienti temperati, con possibilità di alzarsi e sedersi, senza assumere spesso posizioni con il corpo inclinato, reclinato o ruotandolo, la capacità lavorativa era in ragione del 100% dal maggio 2015; l'inabilità lavorativa era quindi nulla. Nella valutazione globale interdisciplinare che i periti hanno effettuato il 29 novembre 2019, è stata riassunta l'evoluzione della malattia e le diagnosi rilevanti dal punto di vista somatico e psichico, quali le citate sindrome cervicovertebrale e la pseudo-lombosciatalgia da una parte e il disturbo depressivo ricorrente, attuale episodio lieve (ICD-10: F33.0) dall'altra parte. Essi hanno poi ricordato che per motivi fisici dal maggio 2015 la capacità lavorativa era del 60% nell'attività abituale e del 100% in attività adeguate fermo restando i limiti indicati. A causa del disturbo depressivo ricorrente, con compromissione della resistenza emotiva, della flessibilità mentale, della pulsione, degli interessi, della motivazione e della capacità di resistenza a lungo termine, dal marzo 2017 la capacità lavorativa in un lavoro adeguato senza stress emotivo, senza stress e senza carico continuo superiore alla media era complessivamente dell'80%. Questa valutazione consensuale ha avuto luogo oralmente il 28 novembre 2019 fra i due specialisti dell'\_\_\_\_\_. A richiesta dell'SMR (doc. 126), il 29 gennaio 2020 (doc. 128) il perito ortopedico ha precisato che l'assicurata non si era lamentata di disturbi alle mani dovuti alla rizartrrosi e che a causa della riabilitazione postoperatoria, dall'aprile al dicembre 2017 l'inabilità lavorativa era totale in qualsiasi attività lavorativa. Nel rapporto finale del 5 febbraio 2020 (doc. 129) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale ha ripreso le suindicate diagnosi così come i gradi di incapacità lavorativa posti dagli esperti (nell'attività abituale di addetta allo smistamento e al recapito di pacchi e lettere: 40% dal maggio 2015, 100% dall'aprile 2017 e 40% dal gennaio 2018; in attività adeguate leggere con massimo 2 kg di carico, senza stress

e in ambienti temperati, con alternanza della postura seduta e in piedi, senza frequenti posizioni inclinate, reclinate o ruotate: 0% dal maggio 2015, 20% dal marzo 2017 per episodio depressivo lieve, 100% dall'aprile 2017 per interventi alle mani e 0% dal gennaio 2018). Sentito il consulente in integrazione professionale (docc. 130-131), con nuovo progetto di decisione dell'11 febbraio 2020 (doc. 133), che annullava e sostituiva il precedente del 23 luglio 2019, l'Ufficio assicurazione invalidità ha riconosciuto all'interessata una rendita intera di invalidità dal 1° marzo 2017 con versamento a partire da un anno dopo, e di un quarto di rendita (grado AI 40%) dal 1° aprile 2018. Per determinare la prestazione di diritto andava inoltre tenuto conto dell'art. 43 LAI. Le osservazioni del 9 marzo 2020 (doc. 135) della precedente rappresentante legale dell'assicurata sono state trasmesse ai periti dell'\_\_\_\_\_ (doc. 137), ai quali l'SMR ha sottoposto pure due nuovi quesiti il 4 maggio 2020 (doc. 140). In merito alle critiche sulla mancata comprensione del tipo di attività svolta e delle varie parti del corpo sollecitate dai carichi lavorativi, il 20 maggio 2020 (doc. 143) lo psichiatra dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto che da un punto di vista psichiatrico si è presunto che il lavoro di addetta al recapito postale fosse l'ultimo lavoro svolto e che le sollecitazioni fisiche risultanti da tale attività non hanno avuto alcun ruolo nella valutazione della capacità lavorativa. Sulla lamentela dell'impossibilità di lavorare all'80% in attività adeguate viste le gravi ripercussioni sullo stato psichico dovute ai dolori e alle limitazioni fisiche, il perito ha risposto che: " Die unmittelbar durch die körperlichen Schmerzen begründeten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit waren nicht Gegenstand des psychiatrischen Gutachten. Zu beurteilen war u.a., ob das Schmerzerleben zu psychischen Störungen führte oder durch psychische Störungen ursächlich mitbedingt ist, die ihrerseits Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Eine Somatoforme Schmerzstörung als ursächlicher Faktor des Schmerzerlebens konnte ausgeschlossen werden." In conclusione, lo specialista ha affermato che le obiezioni dell'assicurata non contenevano nuovi fatti che dessero motivo di rivedere le valutazioni fornite nella perizia e che tutti i fatti e i referti accessibili sono stati opportunamente considerati e ponderati nella preparazione della perizia. Le valutazioni della capacità lavorativa nel lavoro abituale e in un'attività adatta ai disturbi erano appropriate al lieve episodio di un disturbo depressivo ricorrente e alle relative limitazioni delle condizioni di salute dell'assicurata e dovevano restare invariate. Alla domanda a sapere se l'attività abituale svolta dall'assicurata con le mansioni indicate dalla sua rappresentante determinava una diversa valutazione della sua capacità lavorativa residua nell'attività abituale, il 25 maggio 2020 (doc. 143) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto negativamente, precisando che l'abilità lavorativa nella precedente attività era del 60% e che non si trattava di un'attività da media a pesante come sostenuto dalla rappresentante legale dell'assicurata, ma di un'attività da leggera a un massimo di moderatamente pesante secondo le categorie per il lavoro pesante, che prevedono che per circa 1,5 ore al giorno devono essere sollevati o trasportati oggetti fino a 25 kg. L'attività subordinata di coordinamento e il lavoro d'ufficio indicati dalla rappresentante non sono mai state menzionate nella perizia. Alla luce di questi complementi peritali, l'8 giugno 2020 (doc. 144) la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato che i periti confermavano le loro conclusioni, affermando che dallo scritto della rappresentante legale non emergevano fatti nuovi e fatti che non fossero stati ampiamente discussi in perizia. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto il certificato medico del 31 agosto 2020 (doc. E) reso dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna generale, il quale, preso atto dei pareri peritali e della decisione dell'Ufficio AI, ha affermato di continuare a ritenere che l'assicurata era inabile al lavoro al 100% per qualsiasi attività lucrativa e di avere constatato un peggioramento del suo stato di

salute psicofisico reattivo alla situazione psico-socio-economica aggravatasi negli ultimi mesi. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha attestato il 1° settembre 2020 (doc. F) di seguire la ricorrente dal 20 dicembre 2018 in modo regolare, la quale soffriva di un episodio depressivo di media gravità (ICD-10: F31.2) e di diversi disturbi organici, motivo per cui era seguita regolarmente dal dr. \_\_\_\_\_. In merito all'evoluzione della patologia depressiva lo psichiatra ha segnalato un peggioramento avvenuto nelle ultime settimane malgrado l'assunzione regolare di psicofarmaci e i regolari colloqui di sostegno da parte sua. Di conseguenza, dal punto di vista puramente psichiatrico l'inabilità lavorativa era totale. Su questi pareri si è espresso il 16 settembre 2020 (doc. IV/1) il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, attivo presso il Servizio Medico Regionale, affermando che si trattava di documenti brevi che accennavano a un generico peggioramento senza indicare chiaramente alcuna modificazione dello status rispetto ai precedenti apprezzamenti dei curanti già valutati sia in sede peritale sia dall'SMR. Egli confermava perciò il precedente rapporto finale.

2.6. D'avviso della scrivente Corte, le conclusioni a cui sono giunti gli specialisti ortopedico e psichiatra nella perizia del \_\_\_\_\_ devono essere condivise e poste alla base del presente giudizio, poiché si basano su un esame peritale dettagliato, chiaro e completo delle condizioni di salute della ricorrente. Gli esperti hanno infatti analizzato di persona compiutamente i disturbi somatici e psichici lamentati dall'assicurata. Inoltre, contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente, come risulta dalle fonti indicate all'inizio dei rispettivi rapporti peritali ("Übersicht der verwendeten Quellen"), sia il dr. med. \_\_\_\_\_ sia il dr. med. \_\_\_\_\_ hanno considerato tutti gli atti trasmessi dall'Ufficio AI e in particolare proprio i rapporti dei medici curanti dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e le valutazioni rese dai medici fiduciari interpellati dall'assicuratore malattia per perdita di guadagno (dr. med. \_\_\_\_\_) e dal datore di lavoro (dr. med. \_\_\_\_\_). La circostanza che il perito ortopedico abbia indicato soltanto la risonanza magnetica del 2015 e le due valutazioni fiduciarie del 2018 e del 2019, non significa affatto che egli si sia basato unicamente su di esse, visto che la citazione di questi documenti costituisce soltanto un estratto dei documenti rilevanti ("Aktenauszug"). Prova ne è che il dr. \_\_\_\_\_ si è pure fondato sulle radiografie che egli stesso ha effettuato il 20 novembre 2019 e sulle risonanze della colonna cervicale e lombare a cui l'assicurata si è sottoposta a \_\_\_\_\_ il 26 e il 27 novembre 2019. Alla luce di ciò, non si può certo concludere che gli atti medici su cui si sono determinati i periti nominati dall'Ufficio AI non siano completi e che necessitino di ulteriori accertamenti. Il TCA concorda con la ricorrente che gli esiti della perizia bidisciplinare sono totalmente differenti da quanto concluso in precedenza e dal dr. med. \_\_\_\_\_ e dal dr. med. \_\_\_\_\_. Tuttavia, a sostegno dei risultati a cui sono giunti i periti, occorre evidenziare che essi hanno motivato dettagliatamente e attentamente le loro prese di posizione e conclusioni. Prova ne è che al capitolo 7.3 della perizia ortopedica citato dalla stessa insorgente nel suo ricorso (doc. I pag. 8), il dr. med. \_\_\_\_\_ si è confrontato con i pareri dei colleghi spiegando chiaramente il motivo per cui l'analisi e le conclusioni rese dai medici fiduciari che hanno visitato l'assicurata in passato non potevano essere condivise dal profilo oggettivo, visto che dalla risonanza magnetica del 2015 non era possibile concludere per le inabilità lavorative da essi certificate. Non va al riguardo dimenticato di rilevare che né il dr. \_\_\_\_\_ né il dr. \_\_\_\_\_ sono specialisti in materia (ortopedia), essendo specialisti FMH in medicina interna e in medicina generale, e quindi le loro dichiarazioni al riguardo non hanno pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di medico non specialista in materia non può per giurisprudenza

avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C\_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2020.30 del 24 settembre 2020; STCA 32.2019.200 del 16 giugno 2020; STCA 32.2018.220 del 21 ottobre 2019; STCA 32.2017.172 del 28 maggio 2018; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017). Lo stesso va detto in merito ai pareri del dr. med. \_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurata e specialista FMH in medicina interna generale. Quanto ai referti del dr. med. \_\_\_\_\_, se da una parte egli è specialista in materia essendo psichiatra e psicoterapeuta, dall'altra parte egli ha rilasciato il 28 febbraio 2019 (doc. 88) e il 29 agosto 2019 (doc. 114) dei certificati alquanto stringati e quindi non sufficientemente dettagliati per avere la necessaria forza probante e potere mettere in dubbio il rapporto peritale del dr. med. \_\_\_\_\_, che li ha comunque esaminati. Per lo stesso motivo, nemmeno i recenti rapporti prodotti con il ricorso sono in grado di scalfire le solide conclusioni a cui sono giunti gli esperti dell'\_\_\_\_\_, che il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha anch'esso confermato. La lamentela della ricorrente secondo cui le poche righe scritte il 16 settembre 2020 (doc. IV/1) dal medico dell'SMR non siano in grado di scartare i rapporti del 2020 dei dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ si scontra con la realtà dei fatti poiché, come già indicato dal TCA, questi documenti sono a tutti gli effetti brevi e non spiegano in cosa consista il peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurata. Pertanto, anche il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_, seppur breve, si allinea a quanto già rilevato dal Tribunale. Per quanto concerne la critica mossa dall'insorgente sulla errata indicazione delle diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, ciò che avrebbe portato il Servizio Medico Regionale a un errato quadro clinico di partenza, va osservato che il dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 26 ottobre 2017 (doc. 19), ha presentato sia le diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa (dai n. 1 a n. 3) sia quelle senza influsso sulla capacità lavorativa (dai n. 4 a n. 11). L'ipotiroidismo sostituito, l'intolleranza al lattosio, la sindrome cervico-cefalica cronica recidivante di origine tensionale, lo stato ferriprivo su disturbi del ciclo, le infezioni respiratorie recidivanti, lo stato dopo laparoscopia diagnostica del 1985 e l'ipovitaminosi B12 non risultano infatti costituire delle patologie invalidanti. Il Tribunale respinge pure la censura sollevata dalla ricorrente sul tipo di attività lavorativa svolta in precedenza che, a suo dire, i periti non avrebbero considerato come tale visto che l'hanno classificata come leggera-moderatamente pesante anziché medio-pesante. Sia lo specialista in ortopedia sia lo psichiatra avevano infatti a disposizione lo schema delle singole attività che l'assicurata era chiamata ad assolvere come caporeparto addetta allo smistamento dei pacchi e delle lettere. Il mandato di accertamento del 19 settembre 2019 (doc. 118) con cui l'Ufficio AI ha dato incarico al \_\_\_\_\_ di peritare l'assicurata, riassume infatti i gradi di inabilità lavorativa accertati fino a quel momento, il suo stato di salute, riporta i carichi di lavoro a suo tempo prodotti dal datore di lavoro stesso il 28 settembre 2017 (doc. 10) e sottopone uno specifico quesito peritale. Gli esperti erano pertanto perfettamente a conoscenza della sue mansioni e dunque non si può imputare loro un'errata valutazione della sua capacità lavorativa basata su fatti errati. Quanto alle critiche rivolte alla perizia psichiatrica, le stesse vanno respinte, poiché è indubbio che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha valutato lo stato di salute dell'insorgente conformandosi alla più recente giurisprudenza in materia, che egli si è confrontato con i pareri dello psichiatra curante e che ha valutato il decorso della patologia sia quando ha posto le diagnosi, spiegandole (capitolo 6.2), sia quando ha risposto al quesito sottopostogli dall'SMR (capitolo 8.2). Stanti le considerazioni esposte, la scrivente Corte non ha motivo di scostarsi dalle argomentazioni esposte e dalle conclusioni a cui sono giunti gli specialisti

dell'\_\_\_\_\_ a fine 2019, che nell'abituale attività di caporeparto addetta al recapito, a causa unicamente dei disturbi fisici, hanno ritenuto l'assicurata abile globalmente al 60% dal maggio 2015; per quanto concerne le attività adeguate, essi si sono così espressi sulla capacità lavorativa globale (pag. 19 della perizia ortopedica-psichiatrica): " Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen, können seit 05/2015 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%) zugemutet werden. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und der Dauerbelastbarkeit, beträgt die Arbeitsfähigkeit seit 03/2017 für zusätzlich Arbeiten ohne emotionale Belastung, ohne Stressbelastung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 80% (Arbeitsunfähigkeit 20%)". A domanda dell'SRM, gli esperti hanno poi precisato nel loro primo complemento peritale che a causa della riabilitazione post operatoria dovuta alle operazioni ad entrambe le mani, da aprile a dicembre 2017 l'inabilità lavorativa della ricorrente era totale sia nella precedente sia in attività adeguate. Nel secondo complemento del maggio 2020 lo psichiatra ha confermato integralmente i gradi di incapacità lavorativa stabiliti nel rapporto peritale di fine 2019 sia nell'attività precedente sia in attività adeguate ai disturbi lamentati dall'assicurata. L'ortopedico ha anch'esso ribadito il grado di capacità lavorativa del 60% nell'abituale attività svolta dall'interessata, considerata un'attività leggera fino medio-pesante. Il TCA ritiene pertanto che la perizia bidisciplinare ortopedica-psichiatrica sia sufficiente per chiarire lo stato di salute della ricorrente e la sua capacità lavorativa, perciò non v'è motivo di procedere con ulteriori accertamenti - segnatamente con una perizia pluridisciplinare come preteso dall'insorgente. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Alla luce di tutte queste considerazioni, il TCA conferma l'operato del \_\_\_\_\_ in ambito psichiatrico e ortopedico e ritiene plausibili i gradi di capacità lavorativa globale in attività abituale del 60% dal maggio 2015, del 100% dal 24 marzo 2017 e del 60% dal 1° gennaio 2018, mentre in attività adeguata del 100% dal maggio 2015, dell'80% dal marzo 2017, dello 0% dall'aprile 2017 e dell'80% dal 1° gennaio 2018. Questi gradi sono stati ripresi dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto finale del 5 febbraio 2020 (doc. 129) unitamente alle diagnosi peritali, tuttavia la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato erroneamente che dal 1° gennaio 2018 l'incapacità lavorativa dell'assicurata era nulla in attività adeguate, mentre i periti l'hanno stabilita sin dal marzo 2017 nel 20% rispettivamente la capacità lavorativa globale era dell'80%, eccetto il periodo di inabilità lavorativa totale dovuta alla rizartriosi. 2.7. Con la decisione del 28 luglio 2020 l'Ufficio assicurazione invalidità ha riconosciuto alla ricorrente una rendita intera di

invalidità dal 1° marzo 2017 e un quarto di rendita dal 1° aprile 2018 (grado AI 40%). L'insorgente ha contestato il reddito da valida di Fr. 88'342,55 e quello da invalida di Fr. 67'476.- stabiliti dall'amministrazione, chiedendo di stabilire il primo in Fr. 92'572.- come in precedenza e il secondo sulla base del reddito statistico, tenendo conto di una riduzione personale del 25%. 2.8. Per quanto concerne la richiesta dell'assicurata di aumentare il suo reddito da valida, il TCA osserva che tale questione può rimanere irrisolta, poiché questo importo è servito all'Ufficio AI per stabilire la perdita di guadagno esistente alla scadenza dell'anno di attesa, e quindi nel maggio 2016. Considerato però che il diritto al versamento alla rendita decorre in specie dal 1° marzo 2018, e meglio sei mesi dopo la domanda di prestazioni (art. 29 cpv. 1 LAI), determinare il grado di invalidità anteriormente a questo momento non modifica nella sostanza il diritto dell'assicurata a delle prestazioni. Va comunque evidenziato che l'amministrazione ha spiegato nella decisione impugnata come è giunta all'ammontare di Fr. 88'342.-. Esso corrisponde - correttamente - all'aumento medio annuo del 2,366% partendo dall'ultimo reddito conosciuto (2014) fino al momento in cui l'assicurata avrebbe diritto a una rendita (un anno dopo l'insorgenza del danno alla salute e quindi il 2016). Nella decisione è tuttavia presente un errore, dove è indicato che il reddito di Fr. 84'306.- è stato aumentato tre volte di 1,02366, mentre il risultato di Fr. 88'342.- corrisponde giustamente a un aumento per due anni (2015 e 2016). Per gli stessi motivi dianzi evocati, anche il reddito da invalida di Fr. 67'476.- non merita ulteriore approfondimento per il diritto alla rendita nel 2016. 2.9. Quanto all'anno 2018 - il diritto alla rendita intera dal 1° marzo 2017 non è stato contestato dall'assicurata -, va evidenziato che i periti hanno giudicato che come caporeparto addetta al recapito postale essa era ancora abile in ragione del 60% dal 1° gennaio 2018 e in effetti, in tali vesti, ha continuato a lavorare (a metà tempo) dal 19 febbraio 2018 al 5 dicembre 2018. L'Ufficio AI ha calcolato la perdita di guadagno dell'assicurata se quest'ultima avesse svolto nella misura del 100% un'attività semplice e ripetitiva come ritenuto possibile dai periti dell'\_\_\_\_\_.

All'importo statistico aggiornato al 2018 per un'attività a tempo pieno (Fr. 55'063,53) l'Ufficio AI ha applicato una riduzione personale del 20% (Fr. 44'050,83) ed è giunta a una perdita di guadagno del 52,41% (doc. 131). In altri termini, se l'assicurata avesse esercitato nel 2018 a tempo pieno un'attività semplice e ripetitiva, il grado di invalidità sarebbe stato del 52%. Risultando dunque dai calcoli eseguiti dall'amministrazione che l'assicurata avrebbe potuto valorizzare in maniera ragionevolmente esigibile la sua capacità lavorativa residua, riprendendo la sua precedente attività e realizzando un reddito che corrisponde al 60% di quello senza danno alla salute, la perdita di guadagno della stessa ammontava al 40%, ciò che porta al riconoscimento di una rendita di invalidità di un quarto. Come accertato dai periti, la ricorrente era in grado di riprendere, seppure con una capacità lavorativa limitata, un impiego nel suo precedente ambito di attività. In tal modo è possibile procedere a un confronto percentuale per valutare la perdita di guadagno e, di conseguenza, l'invalidità. È solo nella misura in cui la persona interessata non sfrutta in maniera ragionevolmente esigibile la sua capacità lavorativa residua che il reddito da invalido va determinato alla luce dei dati forniti dalle statistiche salariali (STF 9C\_633/2014 del 15 giugno 2015 consid. 6.2). L'obbligo di ridurre il danno fa sì che, nel caso concreto, l'insorgente dovesse continuare a esercitare la sua attività, visto che ciò dava luogo a una perdita di guadagno inferiore. Infatti, se avesse continuato a lavorare come addetta al recapito postale, la perdita di guadagno sarebbe stata del 40% e quindi inferiore a quella stabilita con il raffronto ordinario dei redditi (52%). Il TCA osserva che il calcolo dell'Ufficio AI è errato, poiché la capacità lavorativa residua in attività adeguate era

dell'80% e non del 100% come indicato dall'SMR. Un nuovo calcolo dà un grado di invalidità superiore al 52% e quindi a maggior ragione la perdita di guadagno nell'attività abituale era inferiore (40%). L'amministrazione ha pertanto proceduto correttamente a confrontare percentualmente i redditi conseguiti dalla ricorrente e il TCA condivide quindi questa soluzione. Ne discende che la tesi dell'assicurata secondo cui il reddito da invalida sarebbe stato calcolato in maniera errata facendo capo alla situazione salariale concreta anziché ai dati statistici non va perciò tutelata. 2.10. Da quanto precede deriva che la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di riformarla nel senso di attribuirle una rendita intera a tempo indeterminato oppure una mezza rendita di invalidità dal 1° aprile 2018 o ancora di rinviare gli atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici in ambito psichiatrico, deve essere respinta. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico della ricorrente.

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