

## **TI\_GERICHTE 32.2020.130 vom 9. September 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-09-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.130)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.130 du 9 septembre 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.130 del 9 settembre 2020

### **Regeste**

Rendita AI temporanea. La perizia psichiatrica fatta esperire da UAI ha preso in considerazione anche i referti precedenti dei curanti, è chiara, completa e dettagliata, perciò il TCA si è basato su di essa. Metodo di confronto percentuale dei redditi, m. ordinario di confronto dei redditi, m. straordinario

### **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).

2.5. 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, pag. 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 morbosissimo, 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) ) . 2.6. Nel mese di dicembre 2016 l'assicurata ha inoltrato una domanda di prestazioni a causa di disturbi psicosomatici presenti dal 2008, ma che erano peggiorati al punto da renderla inabile al lavoro al 100% dal 22 aprile 2016 come venditrice/gerente. L'Ufficio AI ha richiamato dai medici curanti dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ la documentazione determinante e l'ha aggiornata fino al 2018, come pure dall'assicuratore \_\_\_\_\_ la valutazione peritale che il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha eseguito il 7 dicembre 2016 per suo conto. Sulla scorta di queste informazioni, il 14 giugno 2018 (doc. 57) il Servizio Medico Regionale ha reso un rapporto intermedio in cui ha stabilito che dal 22 aprile 2016 la capacità lavorativa dell'assicurata era nulla, dal 3 maggio 2016 era del 40%, dall'11 luglio 2016 del 20%, dal 27 giugno 2017 era nulla per epicondilite e dal 1° novembre 2017 era del 20% sempre per motivi psichici. L'SMR ha

inoltre ritenuto necessario esperire una perizia medica psichiatrica, che è stata affidata al Centro peritale per le assicurazioni sociali. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha avuto due colloqui con l'assicurata presso il CPAS il 2 e il 10 agosto 2018 per una durata di 1 ora 30 minuti rispettivamente di 30 minuti. Nel suo rapporto peritale del 10 agosto 2018 (doc. 47) lo psichiatra ha riassunto gli atti che ha considerato ai fini della sua valutazione estraendoli dalla documentazione messa a sua disposizione dall'Ufficio AI, l'anamnesi (familiare, socio-relazionale, lavorativa, somatica, psicopatologica pregressa e i disturbi attuali), la descrizione della giornata e la terapia in atto. Lo specialista ha riportato l'esito dell'esame clinico secondo AMDP-System, rilevando in particolare che l'assicurata presentava ancora una vivida compartecipazione emotiva quando si è parlato di temi legati agli accadimenti sfavorevoli della sua attività di franchising; il tono della voce cambiava, diventava più incerto come se stesse per piangere, gli occhi le si erano velati di lacrime. L'assicurata ha affermato che il solo nominare le scatenava crisi d'ansia che non si apprezzavano durante il colloquio, dove essa era riuscita a mantenersi sufficientemente calma nonostante si evidenziasse tensione. L'assicurata non si sentiva più quella di prima, non riusciva più ad essere socievole e, soprattutto in negozio, non riusciva più ad affrontare i clienti per il timore di avere crisi d'ansia. Il riferito senso di insicurezza era pressoché esclusivamente presente nella vita di venditrice per il timore di presentare crisi paniche che gestiva attraverso l'assunzione di Temesta, ma che sarebbero presenti al massimo 1-2 volte alla settimana e si risolverebbero nell'arco di mezz'ora anche se l'assicurata avrebbe necessitato di sdraiarsi. Non avrebbe presentato invece insicurezza nella gestione del negozio. Nemmeno presentava apatia, ma una selettiva difficoltà ad affrontare le problematiche connesse al negozio. Il perito l'ha inoltre sottoposta a una valutazione psicodiagnostica (Trail Making Test) e nella discussione su eventuali incoerenze egli ha riferito che l'assicurata sembrava avere normali energie ed interessi per le attività domestiche e quotidiane, eccetto che per l'attività di vendita che le sarebbe preclusa completamente. Non era quindi presente una pervasività del malessere in tutte le aree della vita come tipicamente accade nei quadri depressivi di maggiore gravità, ma l'ansia, i rimuginii e la labilità emotiva si concentravano pressoché esclusivamente sulle tematiche relative all'attività commerciale. Non si spiegava tuttavia come l'interessata riuscisse, anche a detta dei sanitari, proprio nell'attività di gerente del negozio quando deve fare acquisti o controllare i conti che sono le attività maggiormente rivelatrici di eventuali problemi di guadagno, mentre non sarebbe riuscita a mantenere un contatto con la clientela se non selezionata. Il livello di psicopatologia sia nella sua componente ansiosa che depressiva non giustificava una completa incapacità rispetto al reggere un ruolo di venditrice oltre a quello di store manager, seppure per un tempo parziale. Dopo avere specificato di non essere riuscito a contattare telefonicamente il dr. med. \_\_\_\_\_, nella discussione diagnostica il perito ha riassunto la storia medica dell'assicurata citando pure il referto del dr. med. \_\_\_\_\_ reso nel 2016, come anche il parere dello psichiatra curante. Il dr. \_\_\_\_\_ non si è detto d'accordo con la diagnosi di nevrosi ansiosa posta dal collega che ha valutato l'assicurata per conto dell'assicuratore perdita di guadagno, poiché egli aveva colto probabilmente la vulnerabilità dell'assicurata, ma così facendo non aveva tenuto in giusta considerazione l'esordio del quadro che era chiaramente concomitante ad un evento di forte impatto psicologico e pertanto, anche in un soggetto predisposto e con antecedenti anamnestici chiari per psicopatologia, la diagnosi iniziale più coerente di quest'ultimo episodio di malessere era quella posta dal dr. \_\_\_\_\_ di sindrome da disadattamento. Malgrado la certificazione di inabilità lavorativa al 50% stabilita dal dr. med. \_\_\_\_\_

nel dicembre 2016 l'assicurata non aveva ripreso a lavorare e il suo psichiatra aveva dapprima certificato un miglioramento da maggio a luglio 2016 fissando la capacità lavorativa al 40%, ma poi l'ha sempre certificata al 20% in modo continuativo dal luglio 2016. L'assicurata ha riferito che riusciva a svolgere l'attività di venditrice a tempo parziale solo poche volte in presenza di una commessa che utilizzava come oggetto controfobico, dal momento che temeva di sentirsi male. In realtà essa ha specificato che era la commessa per lo più a vendere e lei si dedicava per lo più ad attività di allestimento e rimessa in ordine. L'occasionale attività di venditrice si sarebbe interrotta dopo avere dovuto licenziare la commessa nel maggio 2018 per contenere ulteriormente i costi. Nel ruolo di store manager, invece, l'assicurata era riuscita, pur affrontando uno sforzo economico imponente e dando fondo ai propri risparmi, a cambiare il nome del negozio e ad acquistare la merce da vendere. Dal luglio 2016 lo specialista curante ha continuato a certificare un'inabilità lavorativa dell'80% non tenendo in considerazione la valutazione del fiduciario dell'assicuratore, che aveva giudicato l'inabilità lavorativa al 50% dal dicembre 2016. Il perito ha indicato che l'assicurata ha riferito che il quadro è andato incontro ad un miglioramento dopo l'inizio delle cure verso fine del 2016 e che da allora era rimasto sostanzialmente stazionario, quindi di fatto invariato dal momento della valutazione peritale del dottor \_\_\_\_\_. Ad oggi egli ha apprezzato un tono dell'umore deflesso per la maggior parte del giorno con recrudescenze soprattutto ansiose allorché avvenivano fatti o riceveva comunicazioni o doveva affrontare problemi derivanti dalle difficoltà in cui versava il suo esercizio commerciale e quindi in parte mobilizzabile (ha affermato di essere stata molto meglio durante tre giorni di vacanza all'estero da amici). Non era presente una sindrome anedonica, non v'era una sindrome biologica, era presente una riduzione dell'energia, ma non un calo dell'autostima, non v'era alcun ritiro sociale visto che continuava a ricevere e incontrare amici o a servire alcune vecchie clienti in negozio. Alla luce del decorso descritto dall'assicurata lo specialista ha ipotizzato con grande verosimiglianza che il quadro, almeno dal dicembre 2016, era stabilmente quello apprezzabile attualmente e che era evoluto da un'iniziale sindrome da disadattamento in un soggetto già reso vulnerabile dal disturbo di panico, mai andato in completa remissione. L'assicurata ha sviluppato il disadattamento in conseguenza del fatto che inaspettatamente e improvvisamente ha perso un'attività su cui negli anni aveva fatto un investimento non solo economico, ma anche emotivo e come base della propria autostima. Non è infrequente che un disturbo dell'adattamento, che può anche cronicizzare e perdurare oltre i sei mesi se, come nel caso di specie, le cause o le conseguenze dell'evento disadattivo permangono nel tempo, vada incontro ad un'evoluzione verso un quadro depressivo maggiore benché, come spesso accade, senza chiari segni di endogenicità. Lo stressor costante rappresentato dal permanere di un andamento del negozio non brillante e dell'attesa di un risarcimento per nulla certo da parte della ditta fallita favorisce, in un soggetto con una chiara vulnerabilità a sviluppare disturbi dello spettro ansioso, questa progressione che tuttavia, all'esame peritale, non è apparsa di una gravità pervasiva e debordante in ogni campo della vita. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha perciò posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di grado lieve (F32.00) e di sindrome da attacchi di panico (F41.0). Nella valutazione psichiatrica l'esperto ha sintetizzato la storia personale, professionale e sanitaria dell'assicurata ribadendo quanto già indicato, ovvero che la persistenza di problemi di fatturato e di una situazione debitoria importante favorivano, come fattore esterno non trascurabile, ma parimenti non indennizzabile, il persistere della sintomatologia che comunque non appariva essere pervasiva in ogni campo della vita e non ha intaccato il suo

funzionamento sociorelazionale. Anche dal punto di vista lavorativo il quadro clinico non sembrava giustificare appieno l'asserita incapacità lavorativa completa nell'ambito di venditrice. Nella valutazione del percorso precedente di terapie il perito ha fatto riferimento alla valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, ribadendo che il collega aveva sottovalutato i disturbi preesistenti, fino ad allora senza impatto sulla capacità lavorativa e non dando a suo avviso sufficiente risalto all'impatto emotivo che l'evento del fallimento della \_\_\_\_\_ ha avuto sullo psichismo dell'assicurata. Tuttavia, benché durevole, l'evoluzione in episodio depressivo di grado lieve e senza una forte pervasività in tutti gli ambiti faceva ritenere che effettivamente la limitazione della capacità lavorativa dell'assicurata fosse solo parziale e che la prognosi non fosse negativa. Qualora infatti vi fosse stata una ripresa dell'attività con entrate economiche più positive, le preoccupazioni e i rimuginii che avevano una fondata base esterna e il trigger che alimentava l'ansia si sarebbero ridotti e, di conseguenza, vi era un'elevata probabilità che anche la sintomatologia ansiosa e depressiva si sarebbero ridotte e con esse anche il disfunzionamento lavorativo dell'assicurata. Era importante continuare a sostenere l'assicurata con la terapia in essere che appariva adeguata sul piano farmacologico e che ha comunque limitato lo scivolamento verso un quadro depressivo di maggiore entità. A suo dire, era altrettanto importante che l'assicurata si riattivasse e si rientrasse gradualmente all'abituale attività non solo come store manager, ma anche come venditrice. Si sarebbe infatti potuto obiettare che la frequenza delle crisi ansiose attualmente fosse limitata dal fatto che l'assicurata andava poco in negozio, ma trattandosi per sua esplicita ammissione di crisi situazionali collegate a preoccupazioni o rimuginii inerenti il negozio stesso (assenti di domenica e in vacanza) si sarebbero dovute presentare anche nel ruolo di store manager. Il limitare parzialmente il tempo di presenza sarebbe sembrato sufficiente, se si teneva conto che non c'era pervasività in altre aree, a permetterle una graduale riesposizione del tutto utile ad una limitazione della sintomatologia ansiosa sul luogo di lavoro, soprattutto tenendo conto che non eravamo in una fase acuta del disturbo panico che l'assicurata conosceva e che anche in passato era riuscita a gestire. L'esperto ha valutato la coerenza e la plausibilità, osservando che all'esame della giornata la componente ansiosa con crisi di panico, che sembravano essersi riattivate, appariva di grado lieve se si considerava la frequenza della stessa che, similmente alla sintomatologia depressiva, sembravano presentarsi quasi esclusivamente quando doveva affrontare il negozio o problemi inerenti allo stesso e mai di domenica o in presenza di oggetti controfobici. Inoltre, non c'era un evitamento assoluto del negozio, ma solo dell'attività di vendita, ciò che appariva del tutto anomalo e molto più compatibile con uno stato di tensione e ansia che già il dr. med. \_\_\_\_\_ descriveva nella sua valutazione. Quindi, se sul piano categoriale le diagnosi di episodio depressivo di lieve gravità e di disturbi da attacchi di panico erano giustificate, era fondamentale considerare, nella stima del loro impatto sull'attività lavorativa, come esse dipendessero fortemente da un fattore esterno non indennizzabile quale l'andamento economico del negozio dopo il fallimento della \_\_\_\_\_. Il negozio rappresentava uno stressor capace di riattivare i rimuginii ansiosi e negativi dell'assicurata, ma non si comprendeva, in base al quadro clinico in cui non si evidenziavano limiti cognitivi, ritiro sociale marcato o difficoltà nel contatto con gli altri, come mai l'assicurata riusciva a svolgere selettivamente l'attività di store manager e non quella di venditrice, visto che lo stimolo attivante l'ansia era l'attività commerciale e i suoi problemi di andamento economico. Era riconoscibile, per la fragilità del quadro, una limitazione in termini di tempo della capacità lavorativa, ma in entrambe le attività e non esclusivamente in quella di venditrice. Pertanto, anche di fronte a una discrepanza tra

quanto riferito e quanto oggettivabile, lo psichiatra ha ritenuto che il quadro, pur coerente e plausibile, fosse di una consistenza più limitata rispetto a quanto riferito dall'assicurata stessa e soprattutto non spiegava l'esclusiva limitazione dichiarata nell'attività di venditrice. Nel descrivere le risorse e i deficit secondo lo schema Mini ICF-APP, lo specialista ha valutato che il grado di disabilità era assente nel rispetto delle regole, nell'organizzazione dei compiti, nel giudizio, nel contatto con gli altri, nelle relazioni intime, nelle attività spontanee, nella cura di sé e nella mobilità; era invece lieve nelle competenze e nell'integrazione nel gruppo, lieve-moderato nella persistenza e moderato nella flessibilità e nella assertività. Rispondendo infine ai quesiti peritali, il dottor \_\_\_\_\_ ha ritenuto giustificate le certificazioni dello psichiatra curante di inabilità lavorativa dell'80% fino a dicembre 2016, successivamente era giustificata una capacità lavorativa massima del 60%, intesa come riduzione del tempo di presenza, nell'attività abituale sia di store manager sia di venditrice. Il perito ha giudicato che le limitazioni nel funzionamento lavorativo dell'assicurata non sarebbero migliorate se avesse svolto un'attività diversa da quella abituale. Anzi, nell'attività abituale che ha svolto per molti anni come indipendente essa sarebbe più in grado di riattivarsi, visto che il deficit di flessibilità avrebbe comportato difficoltà di adattamento in un'altra attività. Non v'era invece alcuna limitazione nel gestire la casa. Il rapporto finale del 3 settembre 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, attiva presso il Servizio Medico Regionale, ha riproposto la diagnosi psichica con ripercussione sulla capacità lavorativa individuata dal perito di episodio depressivo di grado lieve (F32.00) e di sindrome da attacchi di panico (F41.0). Inoltre, l'SMR ha ricordato che nel 2007 l'assicurata ha frequentato di giorno per due mesi la clinica psichiatrica e che dal settembre 2010 al maggio 2011 era stato diagnosticato uno stato ansioso-depressivo. Quali diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa essa ha indicato uno stato dopo epicondiliti recidivanti bilaterali, una sindrome lombare algica ricorrente, una discopatia L5-S1 e un intervento per ernia inguinale bilaterale nel 2010. L'SMR ha quindi stabilito i gradi di abilità lavorativa sia in attività abituale sia adeguata come segue: 0% dal 22 aprile 2016 40% dal 3 maggio 2016 20% dall'11 luglio 2016 secondo il medico curante dr. \_\_\_\_\_ 0% dal 27 giugno 2017 per motivi ortopedici 20% dal 1° novembre 2017 secondo il dr. med. \_\_\_\_\_ 60% dal 10 agosto 2018, La prognosi era stazionaria nell'attività di store manager e venditrice, mentre favorevole in attività adeguate. Nessun particolare limite funzionale e di carico è stato indicato, mentre è stato osservato che la flessibilità e l'assertività erano moderatamente limitate e che l'assicurata evitava selettivamente l'attività come venditrice. Non c'era una compromissione delle funzioni cognitive. Nelle osservazioni conclusive l'SMR ha precisato che il perito ha ritenuto che l'attività abituale fosse anche quella più adatta e che egli consigliava il proseguimento della terapia psichiatrica e psicofarmacologica. I certificati dell'8 gennaio e del 13 febbraio 2019 (doc. 64) con cui il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha attestato un'inabilità lavorativa dell'80% dal 1° al 31 gennaio 2019 e dal 1° al 28 febbraio 2019 sono stati valutati dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ che, il 13 marzo 2019 (doc. 66), in assenza di accertamenti, diagnosi o prognosi diversi da quelli valutati dal dr. med. \_\_\_\_\_ nella sua perizia, ha confermato la correttezza del suo rapporto finale del 3 settembre 2018. Contestualmente alle sue osservazioni al progetto di decisione di attribuzione di una rendita temporanea, l'assicurata ha prodotto all'Ufficio AI il rapporto dell'8 aprile 2019 (doc. 78) del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha indicato di averla in cura dall'11 marzo 2008 per una patologia psichiatrica composta, aggravatasi attraverso un'involuzione, con la menopausa. Egli ha confermato il grado di inabilità lavorativa dell'80% per la vendita, visto che la

patologia le ha tolto questa capacità in maniera praticamente totale e obbligandola a sostituirla con un'impiegata di vendita, pena la chiusura immediata del suo negozio. A dire dello psichiatra curante, alla base di tutto ciò c'era l'aggravamento della sua patologia, che per anni ha potuto essere contenuta attraverso una terapia integrata con una medicazione adeguata, che poi si è mostrata insufficiente quando sono subentrati i cambiamenti, legati alla menopausa. In quel contesto, il curante ha optato per la ricerca di medicazioni sostitutive che, purtroppo, non hanno contenuto l'involuzione in atto. Pertanto, lo specialista ha ritenuto che l'incapacità lavorativa dell'80%, dal 1° novembre 2017, doveva essere ritenuta continua, poiché l'assicurata non sarebbe stata in grado di mantenere la durabilità dell'attività lavorativa quale venditrice. La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha preso posizione il 23 maggio 2019 (doc. 80) su questo referto, affermando che l'apprezzamento del medico curante riferito a novembre 2017 era già stato valutato dal perito nel suo rapporto dell'agosto 2018. Successivamente alla valutazione del dottor \_\_\_\_\_, il dr. med. \_\_\_\_\_ non ha fornito dei referti clinici sui cambiamenti legati alla menopausa o la farmacoterapia prescritta per contrastare i cambiamenti legati alla menopausa. Di conseguenza, il suo rapporto finale SMR del 3 settembre 2018 rimaneva invariato. Il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, attivo presso il Servizio Medico Regionale, si è pronunciato il 3 settembre 2019 (doc. 83) sull'intera documentazione medica agli atti e sulle osservazioni dell'assicurata al progetto di decisione. Egli ha rilevato che nel rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ dell'8 aprile 2019 non si evidenziavano elementi che consentivano di scostarsi dalla precedente presa di posizione dell'Ufficio AI. Si trattava di una diversa valutazione del medico curante rispetto al perito psichiatra delle circostanze di fatto, che non erano variate in modo significativo e oggettivamente. Dal punto di vista medico psichiatrico egli ha perciò confermato le conclusioni espresse nel rapporto finale della dr.ssa \_\_\_\_\_, che si sono basate sugli esiti della perizia psichiatrica del CPAS del 10 agosto 2018, che appariva completa ed esaustiva. Con il ricorso formulato contro la decisione del 9 settembre 2020 l'assicurata ha riprodotto il certificato dell'8 aprile 2019 (doc. D) del suo medico psichiatra. 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'Ufficio AI abbia accuratamente vagliato le condizioni di salute dell'assicurata prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Va innanzitutto rilevato che appena terminata la raccolta della documentazione medica presso i curanti e l'assicuratore malattia per perdita di guadagno e preso atto che dal 22 aprile 2016 l'assicurata era inabile al lavoro dapprima totalmente poi in misura inferiore e che comunque il danno alla salute non le aveva impedito di continuare a lavorare, il medico SMR ha intravisto la necessità di sottoporla a una perizia psichiatrica. Il dr. med. \_\_\_\_\_ del Centro peritale per le assicurazioni sociali si è pronunciato sullo stato di salute della ricorrente prendendo in esame i referti medici allestiti dai curanti fino a quel momento così come risulta dall'elenco degli atti messi a sua disposizione dall'Ufficio assicurazione invalidità. In particolare, lo psichiatra ha considerato il rapporto del 26 agosto 2016 (doc. 98) del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che aveva in cura l'assicurata per una reazione ansio-depressiva e che, a causa dello sviluppo ansioso-depressivo in occasione della disfunzione della ditta fornitrice della merce del suo negozio, si era riempita di angosce esistenziali importanti. Erano emersi un disturbo della concentrazione, dell'attenzione, della memoria, ruminazioni mentali non ossessive, pensiero coatto, ipocondria con delirante, accentuazione del vissuto fobico, non sintomi della linea psicotica, sentimenti affettivi con sentimenti di colpa, d'insufficienza, angosce esistenziali, umore depresso, irritabilità,

irrequietezza, diminuzione dell'energia, disturbi psicosomatici con insonnia d'addormentamento, risveglio precoce, perdita dell'appetito. Lo psichiatra curante aveva perciò posto la diagnosi oggettiva di disturbo dell'adattamento con caratteristiche emotive miste, con una prognosi a medio termine positiva. A causa della difficoltà di concentrazione e d'attenzione che le impediva di ottemperare alla sua attività e all'incapacità di relazionarsi con i clienti, la capacità lavorativa dell'assicurata era ridotta in misura del 60% dal 3 maggio 2016 e dell'80% dall'11 luglio 2016. Essa avrebbe ripreso la sua attività lavorativa. Il perito ha altresì considerato la valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_. Il 7 dicembre 2016 questo psichiatra ha esaminato l'assicurata durante due ore per conto dell'assicuratore per perdita di guadagno che versava le indennità giornaliere per malattia alla ricorrente e nel suo rapporto del 14 dicembre 2016 (doc. 100) il perito ha esposto l'anamnesi (familiare, fisiologica, patologica), i dati sociali, l'evoluzione dei disturbi psichici, il riassunto degli atti messi a sua disposizione risalenti al 2008, la vita quotidiana, i disturbi soggettivi e oggettivi basandosi su quanto riferito dalla assicurata e quanto osservato dallo specialista attraverso il sistema AMDP-8 System, la terapia in atto. Sulla base delle informazioni acquisite lo psichiatra ha espresso la sua valutazione e ha posto la diagnosi di nevrosi ansiosa (ICD-10: F41.1) stante la presenza di ansia generalizzata, caratterizzata da nervosismo, tremore, tensione muscolare, sudorazione, palpitazioni, capogiri e malessere generalizzato. Tale diagnosi era una componente strutturale dell'individuo, come dimostrato dai lunghi periodi di abilità lavorativa nonostante la presenza di questa diagnosi. Tuttavia, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha osservato che la componente ansiosa legata alla struttura nevrotica la rendeva particolarmente vulnerabile alle criticità e contribuiva a un'inabilità lavorativa temporanea del 50% per motivi psichiatrici, dal momento della visita fiduciaria fino alla fine di gennaio 2017 con successivo prevedibile ulteriore miglioramento, a quel momento non ancora quantificabile, da febbraio 2017. L'esperto ha precisato che la diagnosi posta non limitava l'assicurata nella sua ultima attività e che lo stato di salute non era stabilizzato, ma la prognosi era assolutamente e totalmente favorevole. Il perito ha infine osservato che le conclusioni tratte sono state discusse con l'assicurata e con il dr. med. \_\_\_\_\_ al telefono.

2.8. Contrariamente a quanto sollevato dalla ricorrente, nella sua valutazione il dr. med. \_\_\_\_\_ non si è basato dunque soltanto sul suo personale esame dell'assicurata, ma ha preso altresì in considerazione sia la perizia del dr. med. \_\_\_\_\_ sia i vari referti del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_ risalenti fino al 2008, che sono stati a loro volta esaminati durante la visita medica fiduciaria per conto dell'assicuratore malattia. Ma non solo. Il perito nominato dall'Ufficio AI ha evidentemente tenuto conto anche dei rapporti medici redatti dai due curanti durante la fase istruttoria e la procedura amministrativa e quindi anche dei certificati medici dell'8 gennaio 2019, del 13 febbraio 2019 e dell'8 aprile 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, in cui lo psichiatra curante ha confermato un'inabilità lavorativa dell'80%. La scrivente Corte evidenzia come il dr. \_\_\_\_\_ si sia confrontato con il parere del dottor \_\_\_\_\_ del 2016, ritenendo che la sua valutazione non avesse tenuto in giusta considerazione l'esordio del quadro che era chiaramente concomitante a un evento di forte impatto psicologico come il fallimento della ditta fornitrice di merce e per questo motivo il perito concordava piuttosto con la diagnosi posta dal dottor \_\_\_\_\_ di sindrome da disadattamento. Il dr. \_\_\_\_\_ è stato pure menzionato dal perito in occasione della valutazione della prognosi, rilevando che il primo era stato ottimista nel ritenerla favorevole, poiché probabilmente aveva sottovalutato i disturbi preesistenti e non aveva dato la necessaria importanza all'impatto emotivo che il fallimento della \_\_\_\_\_ ha avuto sulla psiche della ricorrente, tanto che fino a

dicembre 2016, ovvero fino al momento in cui il dottor \_\_\_\_\_ ha valutato l'assicurata, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto giustificata un'inabilità lavorativa dell'80% come attestata dai medici curanti. Poi, come dalla stessa riferitogli durante la visita peritale, stante l'intervenuto miglioramento delle condizioni di salute ottenuto con l'aiuto della cura psicofarmacologica messa in atto dal suo psichiatra, il grado di capacità lavorativa era del 60%. La discrepanza emersa fra la valutazione del perito dell'Ufficio AI e i medici curanti dell'insorgente concerne le conseguenze della sua psicopatologia sulla capacità lavorativa. Anche il dr. \_\_\_\_\_, come il dr. \_\_\_\_\_, ha ritenuto che la crisi sorta nel 2016 sia stata determinata dal fallimento della ditta che forniva all'assicurata la merce per il suo negozio, fallimento che ha avuto delle avvisaglie nei ritardi sulle forniture. Nel suo rapporto del 14 febbraio 2017 (doc. 15) lo specialista curante aveva notato nell'assicurata " il rapporto "figliale" nei confronti della sua attività ". Egli aveva descritto disturbi della concentrazione e dell'attenzione, ruminazioni mentali non ossessive, ansia anticipatoria, ipocondria non delirante, palpitazioni, attacchi di apnea, non sintomi della linea psicotica, disturbi affettivi, non sentimenti di colpa, d'insufficienza, angoscia esistenziale, umore depresso, irrequietezza, diminuzione dell'energia vitale, disturbi psicosomatici con insonnia d'addormentamento, risveglio precoce, perdita dell'appetito. Il vissuto depressivo, il negativismo, l'ansia diffusa con attacchi paniformi, impedivano all'assicurata di incontrare i clienti; questi impedimenti si ripercuotevano nell'incapacità nella vendita e nella persuasione del cliente. Quale gerente di negozio, dall'11 luglio 2016 l'interessata è stata dunque ritenuta inabile all'80%, potendo proseguire la sua attività per un'ora al giorno, ma senza contare in futuro su un aumento della capacità lavorativa. Un anno dopo, l'11 aprile 2018 (doc. 30), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ricordato che la situazione psichica dell'assicurata si è aggravata con il fallimento del gruppo per il quale essa aveva lavorato per oltre 20 anni, vivendo una vera e propria delusione, con uno sviluppo di una sintomatologia depressiva caratterizzata da abulia, adinamia e grave perdita dell'energia vitale. Lo psichiatra curante ha segnalato la necessità di separare l'attività di venditrice da quella di gerente del negozio, osservando un abbattimento, una perdita motivazionale e una diminuzione dell'energia vitale, sintomi incompatibili con la sua attività di venditrice. Per contro, l'assicurata rimaneva capace nell'attività di gerente, quale apertura e chiusura negozio, attività compatibile con quella di store manager. La capacità di concentrazione era ridotta, v'erano disturbi del pensiero di natura formale con ruminazione mentale non ossessiva, perseveranza verbale e accentuazione dei sintomi fobici con caratteristica di evitamento. Il tono dell'umore era abbassato, sentimenti di colpa, tendenza all'isolamento sociale. Egli ha posto la diagnosi di episodio depressivo di lunga durata in paziente affetta da attacchi di panico (ICD-10: F31.2, F41.0). La prognosi nell'attività di store manager era in sé positiva, mentre era negativa in qualità di venditrice. A suo dire, l'assicurata era perciò in grado di svolgere soltanto l'attività di store manager in ragione del 20%, ma non quella di venditrice. Su questa distinzione fra le due attività che l'assicurata era chiamata a esercitare in qualità di titolare di un negozio si è pronunciato anche dr. med. \_\_\_\_\_ il 10 agosto 2018. Il perito ha attentamente analizzato i disturbi presentati dalla ricorrente, contestualizzandoli nella sua storia personale e professionale come pure nelle singole attività di venditrice e di store manager. Secondo lo specialista, la limitazione della capacità lavorativa della ricorrente era solo parziale e la prognosi non era negativa. Infatti, egli ha ben spiegato che se vi fosse stata una ripresa dell'attività con entrate economiche più fiorenti, le preoccupazioni dell'insorgente e i rimuginii che avevano una fondata base esterna e il trigger che alimentava l'ansia si sarebbero ridotti e, pertanto, v'era un'elevata

probabilità che anche la sintomatologia ansiosa e depressiva si sarebbero ridotte e con esse anche i suoi problemi lavorativi. Era perciò importante che l'assicurata si riattivasse e affrontasse l'abituale attività non solo come store manager, ma anche come venditrice. Considerato che essa stessa aveva affermato che le crisi d'ansia e di panico erano collegate a preoccupazioni o continue riflessioni sul negozio, e che non insorgevano quando era in vacanza e alla domenica, a dire del perito le crisi ansiose si sarebbero dovute presentare anche nel ruolo di store manager. Non essendo in una fase acuta della malattia, l'insorgente sarebbe riuscita a lavorare a tempo parziale con un'introduzione graduale, tenuto conto che la depressione e gli attacchi di panico dipendevano fortemente da un fattore esterno quale l'andamento economico del negozio dopo il fallimento del fornitore della merce. Per questi motivi, e alla luce del fatto che non aveva evidenziato limiti cognitivi, ritiro sociale marcato o difficoltà nel contatto con terze persone, l'esperto ha chiaramente affermato che era l'attività commerciale il fattore di stress, capace di riattivare i pensieri ansiosi e negativi della ricorrente, perciò egli non capiva come mai l'assicurata riuscisse a lavorare come store manager, ma non come venditrice. Di conseguenza, era certamente data una limitazione della capacità lavorativa nel tempo di presenza, ma in entrambe le attività e quindi le difficoltà indicate dall'assicurata erano più limitate rispetto a quanto oggettivato dallo psichiatra.

2.9. La censura ricorsuale secondo cui non v'era evidenza che le preoccupazioni legate al negozio fossero il fattore scatenante delle problematiche di cui essa soffre non può essere accolta. Infatti, è la stessa ricorrente che ha raccontato al dr. \_\_\_\_\_ che le sue ansie e gli attacchi di panico si manifestavano al solo pensare al negozio e a tutti i suoi problemi sorti con il fallimento della ditta fornitrice della merce. La liquidazione di \_\_\_\_\_ ha comportato per l'insorgente una serie di problematiche che sono proseguite anche in seguito, quali la mancanza di liquidità tanto che ha dovuto fare capo ai propri risparmi e accendere una linea di credito per finanziare la nuova merce, che ha avuto difficoltà a reperire dovendo cercare nuovi marchi da vendere. Tutte circostanze, queste, che hanno per certo aumentato le sue ansie legate all'attività professionale. Il TCA evidenzia che anche lo psichiatra curante aveva affermato nel febbraio 2017 che " La crisi attuale, è determinata dal fallimento della ditta, per la quale lei era proprietaria di un negozio monomarca. Il fallimento ha avuto dei presupposti, caratterizzati da mancate forniture, da cambi di proprietà destabilizzanti. Da notare, il rapporto "figliale" nei confronti della sua attività. ". Anche un anno dopo il dr. med. \_\_\_\_\_ ha indicato nel suo rapporto dell'11 aprile 2018 che la situazione si è aggravata con un chiaro sviluppo depressivo con il fallimento del gruppo per il quale l'assicurata ha lavorato per 20 anni. L'insorgente ha sostenuto che le sue patologie sarebbero di natura biologica e non solo situazionale e che le stesse in ogni caso non scaturiscono unicamente dalle difficoltà economiche sopraggiunte durante la sua attività professionale. Inoltre, non è stato dimostrato che le preoccupazioni legate al negozio fossero il fattore scatenante delle sue problematiche. D'avviso del Tribunale, invece, dal rapporto peritale emerge chiaramente che l'attività lavorativa dell'assicurata era la fonte delle sue crisi di ansia e di panico. I problemi che ha dovuto affrontare il suo negozio, dapprima con il fallimento del fornitore della merce poi con le difficoltà di liquidità ad acquistare nuova merce, fare fronte alle spese legate all'attività non fosse altro che l'affitto del locale, pagare i sacchetti e le commesse, hanno portato a un aggravamento della situazione soggiacente fino a quel momento curata e stabilizzata dalla psicofarmacoterapia prescritta dal dr. med. \_\_\_\_\_.

Di fronte però a un evento così grave come il fallimento di \_\_\_\_\_ con cui l'interessata ha lavorato per vent'anni, la sua fragilità non ha retto, la situazione si è

aggravata e si è sviluppata una sintomatologia depressiva che ad ogni evocazione di attività attinenti al negozio, quali il solo pensiero della diminuzione della clientela, delle vendite e quindi delle problematiche economiche che forzatamente emergevano, l'hanno portata a manifestare attacchi di ansia in un soggetto già reso vulnerabile dal disturbo di panico, mai andato in completa remissione. A questo proposito il perito ha ben illustrato che " Quindi, se sul piano categoriale le diagnosi di episodio depressivo di lieve entità e di disturbo da attacchi di panico sono giustificate, è fondamentale considerare, nella stima del loro impatto sull'attività lavorativa, come esse dipendano fortemente da un fattore esterno non indennizzabile quale l'andamento economico del negozio dopo il fallimento della \_\_\_\_\_ . In altre parole il negozio rappresenta uno stressor capace di riattivare i rimuginii ansiosi e negativi dell'assicurata (...) " (doc. 47 pag. 16). 2.10. Visti i pareri concordi dello specialista curante e dell'esperto nominato dall'Ufficio AI, è indubbio che le preoccupazioni legate al negozio fossero il fattore scatenante i suoi disturbi psichici e che quindi, come d'altronde ha dichiarato l'assicurata medesima al perito, stati d'ansia e attacchi di panico non si manifestavano quando era in vacanza o non lavorava. Allo stesso modo, se l'attività del negozio fosse stata prospera, non vi sarebbero stati problemi né di (poca) clientela né di rifornimento di merce né di finanziamento e neppure altri grattacapi tipici di un'attività imprenditoriale e dei relativi rischi che un indipendente è chiamato ad assumersi e che, per natura stessa, una simile attività può comportare, generando preoccupazioni di ogni genere al suo titolare. Lo stato depressivo esistente e i disturbi da attacchi di panico non avrebbero peggiorato la situazione. Non va dimenticato che il perito ha riscontrato che soltanto la flessibilità e l'assertività apparivano moderatamente inficiate dalla psicopatologia e che l'assicurata mostrava comunque ancora un buon contatto con gli altri, una buona colloquialità e presenza e, seppure a dire dell'assicurata ridotta, anche una buona socialità. Inoltre, dopo il fallimento della \_\_\_\_\_ , la ricorrente ha continuato a portare avanti la sua attività che ha sempre rappresentato per lei un elemento importante per la propria autostima; l'assicurata non presentava limiti cognitivi né un quadro di demotivazione e queste erano risorse altrettanto importanti nella professione abituale, che quindi non giustificavano una sua completa inabilità. Per di più, alcune dimensioni, come l'assertività e la competenza, erano decisamente trasversali al ruolo di store manager e di venditrice, il che supportava il fatto che la limitazione non potesse essere così differente nelle due attività che essa abitualmente svolgeva. 2.11. Sulla scorta di queste considerazioni, non si può sostenere che la valutazione del dottor \_\_\_\_\_ sia incompleta e tendenziosa e che non abbia preso in considerazione i pareri dei medici curanti. Quanto ai referti del dr. med. \_\_\_\_\_ , gli stessi si limitano a ribadire quanto certificato dal dr. med. \_\_\_\_\_ , e meglio che l'insorgente è inabile al lavoro all'80% dall'11 luglio 2016. Neppure il certificato medico del 19 agosto 2020 (doc. E) del dr. med. \_\_\_\_\_ prodotto con il ricorso è di aiuto alla ricorrente, poiché indica di avere in cura l'assicurata per uno stato depressivo ansioso e per forti dolori lombari ricorrenti e ribadisce che il dr. \_\_\_\_\_ l'aveva in cura per un grave stato depressivo ansioso che ha comportato un'incapacità lavorativa del 100% dal 22 aprile 2006 ( recte : 2016) e dell'80% dall'11 luglio 2016. Su quest'ultima documentazione medica il Tribunale evidenzia che il dr. med. \_\_\_\_\_ non ha oggettivato le sue affermazioni e non ha fornito un quadro dettagliato delle condizioni di salute dell'assicurata, ma si è limitato ad esporre le diagnosi poste dallo psichiatra curante e ribadire che l'assicurata non era in grado di gestire un negozio indipendente (doc. 19). Inoltre, egli non è specialista in materia (psichiatria), essendo specialista FMH in medicina generale, e quindi le sue 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 32.2019.200 del 16 giugno 2020; STCA 32.2018.220 del 21 ottobre 2019; STCA 32.2017.172 del 28 maggio 2018; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2018). Questa considerazione vale pure per la dr.ssa \_\_\_\_\_ dell'SMR, non specialista in materia, benché un definitivo esame dell'intero caso sia stato comunque correttamente effettuato dall'Ufficio AI per mano del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia. Il 3 settembre 2019 il medico SMR ha preso in considerazione il referto dell'8 aprile 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ prodotto con le osservazioni al progetto di decisione, ritenendolo una valutazione diversa rispetto a quanto affermato dal dr. med. \_\_\_\_\_ sulle circostanze di fatto, giudicando che dopo la perizia psichiatrica esse non erano variate in modo significativo e oggettivabile. Pertanto, il dottor \_\_\_\_\_ ha confermato le conclusioni tratte dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ un anno prima nel suo rapporto finale SMR. Quanto al citato certificato dell'8 aprile 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ prodotto con il ricorso, siccome è stato allegato alle osservazioni al progetto di decisione, come detto è già stato debitamente esaminato da uno specialista in materia del Servizio Medico Regionale, perciò non occorre sottoporlo nuovamente al giudizio di uno specialista e non inficia le conclusioni del perito. 2.12. Nemmeno si può affermare che il perito non abbia indagato nel dettaglio la lunga storia clinica dell'insorgente, giacché egli si è appoggiato alla ricostruzione effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_ sulla base degli atti medici che sono stati messi a sua disposizione nel 2016 dall'assicuratore malattia e che risalivano al 2008. Di conseguenza, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha potuto valutare lo stato di salute della ricorrente sulla base di documentazione medica completa e quindi trarre le sue conclusioni dopo avere valutato attentamente e nel dettaglio il quadro della situazione. D'altronde, con il ricorso l'assicurata non ha prodotto ulteriori atti medici riferiti al periodo precedente all'esame peritale e quelli a disposizione dello psichiatra per potere valutare la capacità lavorativa dell'insorgente erano adeguati per giungere a una conclusione completa, chiara e non contraddittoria. Il TCA ritiene pertanto che il referto peritale sia sufficientemente dettagliato per l'evasione della causa e quindi per definire lo stato di salute della ricorrente e i gradi di capacità lavorativa, al quale dunque ci si deve attenere, senza che sia necessario fare erigere una nuova perizia così come da essa richiesto. 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. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.13. Per quanto concerne l'aspetto economico e quindi la definizione del grado di invalidità che il danno alla salute ha cagionato alla ricorrente, l'Ufficio AI ha dato mandato al Servizio d'inchiesta di effettuare un'inchiesta per l'attività professionale indipendente, che è stata eseguita il 22 gennaio 2019

e il 24 gennaio seguente (doc. 62) l'ispettrice ha allestito il relativo rapporto. Quest'ultima ha effettuato un confronto tra campi di attività per la professione di venditrice di abbigliamento con il metodo misto di calcolo (cfr. allegato 1 al rapporto d'inchiesta), ritenendo che in concreto la parte della vendita avesse una ponderazione senza danno alla salute del 70%, la gestione e i rapporti con il personale del 13% e la pulizia del negozio e la sistemazione della merce del 17%. Per ognuno di questi campi l'ispettrice ha indicato il grado di incapacità dell'assicurata, stabilendo il 60% per la vendita e lo 0% per la gestione e per la pulizia del negozio. Moltiplicando dunque il grado di ponderazione senza danno di ogni singolo campo con il rispettivo grado di incapacità, essa ha ottenuto un'incapacità al lavoro ponderata del 42% ( $70\% \times 60\%$ ) per la vendita, dello 0% ( $13\% \times 0\%$ ) per la gestione e pure dello 0% ( $17\% \times 0\%$ ) per la pulizia, per un totale del 42%. Nella tabella di valutazione del grado di invalidità con il metodo straordinario l'ispettrice ha calcolato la diminuzione del reddito dell'attività professionale dovuta al danno alla salute per ogni campo di attività sulla base del reddito salariale/annuo stabilito secondo l'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014 aggiornata al 2017. I redditi annuali senza danno alla salute sono stati considerati in funzione del grado di incapacità al lavoro nei singoli campi di attività e da ciò è risultato che solo nella vendita v'è stata una diminuzione di Fr. 23'965.- del reddito dell'attività professionale dovuta al danno ( $\text{Fr. } 4'755 \text{ [base salariale mensile]} \times 12 \text{ mesi} \times 70 : 100 \text{ [ponderazione senza danno]} \times 60 : 100 \text{ [incapacità al lavoro nel campo di attività della vendita]}$ ). Dal raffronto fra il reddito statistico ipotetico senza invalidità di Fr. 58'308.- e il reddito da invalido di Fr. 34'343.-, si ha che la diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno di Fr. 23'965.- corrisponde a un tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale del 41%, simile a quella individuata medicalmente dal perito (40%). L'Ufficio AI ha utilizzato il metodo straordinario di calcolo per stabilire il grado di invalidità dell'assicurata dal 1° aprile 2017 al 9 agosto 2018, considerando quale diritto a una rendita di invalidità il grado del 41% calcolato dal Servizio d'inchiesta. Per il periodo seguente, ossia dal 10 agosto 2018, ha fatto capo al metodo ordinario di raffronto dei redditi e, sulla base di quanto calcolato dal consulente in integrazione professionale (doc. 61), ha ritenuto che da quel momento il grado di invalidità era del 34% e di conseguenza veniva meno il diritto a una rendita. La ricorrente è concorde con il metodo straordinario di calcolo adottato dall'Ufficio AI per il periodo dal 1° aprile 2016 al 9 agosto 2018, ma non con il metodo ordinario di raffronto dei redditi utilizzato dal 10 agosto 2018 in poi, non ritenendo corretto cambiare metodo di calcolo da un periodo all'altro di tempo. Inoltre, per il primo periodo di calcolo l'insorgente ha contestato il grado del 60% di incapacità lavorativa ritenuto dall'ispettrice, chiedendo di considerare un'inabilità lavorativa dell'80% come ritenuto dal Servizio Medico Regionale, con conseguente grado di invalidità del 53% e quindi il diritto a una mezza rendita AI. Qualora poi il TCA non facesse propria la percentuale di incapacità lavorativa dell'80%, allora dovrebbe tenere conto dell'incapacità lavorativa complessiva del 40% stabilita dal perito e quindi dovrebbe riportarla su ogni campo di attività come indicato nella tabella proposta nel ricorso (doc. I pag. 14), così da giungere a un tasso di diminuzione del reddito del 40%. La scrivente Corte osserva che, per quanto di sua competenza, l'ispettrice ha preso posizione due volte sulle osservazioni della assicurata in merito alla suddivisione dei campi di attività, ai gradi di inabilità medico teorici applicati alle singole mansioni in periodi limitati di tempo come pure sull'aumento del grado di impedimento nella vendita dal 60% all'80%, e meglio il 12 giugno 2019 (doc. 81) e il 30 giugno 2020 (doc. 87). Da parte sua l'Ufficio AI, con le osservazioni del 7 dicembre 2020 (doc. VIII) al ricorso dell'assicurata, ha spiegato

che dall'agosto 2018 va considerata esigibile l'attività in cui essa presenta il minore discapito economico e che in specie si tratta delle attività adeguate, considerato che l'attività abituale come indipendente è nel frattempo cessata per questioni estranee al danno alla salute. Di conseguenza, è stato utilizzato il metodo ordinario di calcolo. Per il TCA, la soluzione adottata dall'amministrazione è corretta nel risultato, ma solo parzialmente nella sua motivazione. 2.14. Occorre innanzitutto ricordare che l'insorgente è inabile al lavoro dal 22 aprile 2016, perciò il diritto alla rendita di invalidità sorge al più presto un anno dopo che essa è stata incapace al lavoro almeno al 40% (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). Nel caso concreto, come visto, il perito psichiatra ha ritenuto giustificate le certificazioni dei medici curanti di inabilità al lavoro in ragione dell'80% fino a dicembre 2016, poi ha ritenuto una capacità lavorativa massima del 60% sia nell'attività abituale di venditrice e di store manager sia in attività adeguate. Ciò stante, considerato che al 22 aprile 2017 la ricorrente era abile al 60% nella sua attività di venditrice e gerente di negozio come indipendente come pure in altre attività adatte, attività fra le quali la medesima attività di venditrice (come dipendente) risultava comunque la più adeguata, occorre applicare il cosiddetto metodo di confronto percentuale dei redditi (DTF 137 V 337 consid. 3.1.1 con riferimento a DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C\_225/2016 del 14 luglio 2016; STF 9C\_856/2010 del 27 giugno 2011; STFA I 759/2005 del 21 agosto 2006; cfr. anche STCA 32.2016.68 del 28 agosto 2017; STCA 32.2016.80 del 6 aprile 2017; STCA 32.2012.28 del 5 novembre 2012; STCA 32.2011.21 dell'11 luglio 2011; STCA 32.2010.209 del 13 gennaio 2011; STCA 32.2010.69 del 9 dicembre 2010). In effetti, secondo la giurisprudenza, se il danno alla salute non è tale - come nel caso concreto in base alla valutazione peritale - da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., STCA del 31 maggio 1995 nella causa E. D.). Pertanto, in applicazione del metodo di raffronto percentuale, il reddito da invalida che l'assicurata potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua del 60% che conserva nella sua precedente attività di venditrice, corrisponde al 60% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, perciò alla scadenza dell'anno di attesa l'incapacità di guadagno è del 40%, ciò che giustifica l'attribuzione di una rendita d'invalidità di un quarto (DTF 114 V 310 consid. 3a; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008). L'applicazione del metodo straordinario è perciò errata. Il TCA osserva che l'ispettrice ha determinato nel 41% il grado di invalidità dell'assicurata calcolato con il metodo straordinario applicabile quando i dati economici non sono lineari e costanti, quindi non affidabili. Essa ha però correttamente e chiaramente specificato che tale grado concerne " e videntemente solo la malattia di lunga durata - e dunque il periodo successivo agosto 2018. " (doc. 62 punto 10), e meglio quando lo stato di salute si è stabilizzato. Compito del Servizio d'inchiesta è infatti di determinare il grado di invalidità di un assicurato nella sua attività abituale e tale grado concerne soltanto la malattia di lunga durata che impedisce di continuare a svolgere l'attività precedente. 2.15. Per quanto concerne la capacità lavorativa dell'assicurata in attività adeguate, per il perito tale capacità era la stessa che in attività abituale e dunque era del 60%. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha tuttavia precisato che nella abituale attività, che l'interessata ha svolto per molti anni come indipendente, essa sarebbe stata più in grado di riattivarsi, visto che il deficit di flessibilità avrebbe comportato

difficoltà di adattamento in un'altra attività. Questa valutazione è stata resa il 10 agosto 2018, perciò da tale data occorre determinare il grado di invalidità dell'insorgente tenendo conto della capacità lavorativa residua del 60% in altre attività adeguate. Si deve però considerare che il 28 febbraio 2019 l'assicurata ha chiuso definitivamente il suo negozio e che dunque non va più considerata come un'indipendente, non potendo più esercitare la sua attività commerciale di venditrice e di gerente di negozio. In tale evenienza, per determinare il suo grado di invalidità in un'attività adeguata si deve applicare il metodo ordinario di raffronto dei redditi, essendo esigibile che in un mercato del lavoro equilibrato essa sfrutti la sua capacità lavorativa residua in attività adatte, quali la vendita stessa. Il calcolo economico del raffronto dei redditi da valida e da invalida non è stato come tale contestato dalla ricorrente, perciò va qui confermato, senza che occorra verificarlo nel dettaglio. Il Tribunale precisa comunque che il reddito da valida è stato correttamente determinato sulla base del salario che la stessa assicurata aveva dichiarato all'assicurazione per perdita di guadagno la quale, su tale base, le ha versato le indennità giornaliere per malattia. Peraltro, come risulta dall'evoluzione dei redditi dell'impresa accertati dall'ispettrice nel suo rapporto d'inchiesta per l'attività indipendente, tale salario risulta di gran lunga superiore ai redditi dalla stessa conseguiti negli ultimi anni e quindi le è favorevole nel raffronto con il reddito da invalida che, in assenza di dati concreti stante lo status di persona senza un'attività lavorativa in essere e quindi in assenza di dati salariali concreti, va determinato sulla base dei dati statistici come operato dall'Ufficio AI. Il calcolo effettuato dal consulente in integrazione professionale stabilisce una perdita di guadagno del 34% (doc. 61), grado che porta ad un'interruzione del diritto alla rendita. Questa soluzione, adottata in virtù del fatto che l'assicurata ha cessato la sua attività indipendente, sarebbe stata ugualmente applicata anche se avesse continuato a lavorare come venditrice titolare di un negozio, poiché la perdita di guadagno che è stata determinata con il metodo ordinario è inferiore a quella stabilita dall'ispettrice applicando il metodo straordinario. In virtù del principio dell'obbligo di ridurre il danno, è perciò esigibile che l'assicurata, che dispone di una capacità lavorativa residua del 60% in attività adeguate, quale può essere sempre l'attività di venditrice, metta a frutto questa sua capacità poiché, così attivandosi, subisce una perdita di guadagno (34%) inferiore a quella che avrebbe avuto se avesse continuato a svolgere l'attività di venditrice e gerente di negozio nell'ambito di un'attività come indipendente (41%). 2.16. Da quanto precede discende che nel periodo dal 1° aprile 2017 al 9 agosto 2018 in cui la ricorrente era inabile nella sua attività abituale di venditrice e gerente di negozio essa ha diritto a una rendita di invalidità di un quarto (grado AI 40%), mentre da quel momento in poi, data una capacità lavorativa residua del 60% in attività adeguate che dà luogo a una perdita di guadagno del 34%, tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento il suo diritto alla rendita si interrompe (art. 88a cpv. 1 OAI). Ne deriva dunque che la decisione impugnata deve essere confermata per quanto concerne le conclusioni di attribuzione di una rendita temporanea di un quarto dal 1° aprile 2017 al 30 novembre 2018, ma riformata nelle sue motivazioni. Il ricorso deve di conseguenza essere respinto. 2.17. 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.