

## TI\_GERICHTE 32.2021.1 vom 9. Dezember 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-12-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.1)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.1 du 9 décembre 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.1 del 9 dicembre 2020

### Erwägungen

#### E. 4

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate).

Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

nel merito

2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno.

Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46).

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA).

Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; cfr. anche 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17

LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

Per quel che riguarda i disturbi alla colonna cervicale e lombare, l'A. è limitata in attività lavorative non particolarmente ergonomiche per la colonna vertebrale. È limitata in attività in cui vi siano movimenti ripetitivi di rotazione, flessione del tronco e della colonna cervicale, limitata nel piegarsi e rialzarsi ripetutamente con la colonna lombare. È limitata nel mantenere posizioni statiche per breve tempo, mentre la posizione seduta può essere mantenuta almeno per un'ora cambiando appoggio, la posizione in piedi cambiando appoggio e muovendosi per almeno un'ora o un'ora e mezzo. La deambulazione è limitata per al massimo un'ora. L'A. può alzare pesi tra i 5 ed i 7,5 kg non ripetutamente. Per la problematica fibromialgica l'A. risulta limitata in generale dalla stanchezza cronica, dall'affaticamento rapido e dai disturbi del sonno.

Per quel che riguarda le patologie descritte in ambito neurologico, l'A. deve poter svolgere un'attività che permetta di lavorare principalmente da seduta, ma permettendo anche frequenti cambiamenti posturali, ossia mettersi di tanto in tanto in piedi per poter fare qualche passo. Deve trattarsi di un'attività che non richieda sforzi maggiori, ma solo lievi, un'attività ergonomica per la colonna lombare e cervicale.

Non vi sono limitazioni funzionali dovute a patologia psichiatrica ed internistica.

().

L■A. complessivamente in attività svolta di venditrice, viene giudicata abile al lavoro nella misura del 70% causa ridotto rendimento lavorativo.

( ).

In attività adatta, che tenga conto dei limiti funzionali descritti in ambito reumatologico e neurologico, l■A. viene giudicata complessivamente abile al lavoro nella misura del 70% causa ridotto rendimento lavorativo.

( ).

Le capacità lavorative complessive in attività svolta ed in attività adatta, sono la risultante di un■integrazione della capacità lavorativa dal lato neurologico (70% di capacità lavorativa per attività svolta e 75% di capacità lavorativa per attività adatta) a quella dal punto di vista reumatologico (capacità lavorativa del 70% per qualsiasi attività). Si giustifica un■integrazione delle varie capacità lavorative in quanto l■A. presenta un quadro di dolore cronico, che porta alle medesime limitazioni funzionali in ambito reumatologico e neurologico, sfociando dal punto di vista valetudinario ad una riduzione del rendimento lavorativo.

( ).

La capacità lavorativa complessiva in attività svolta del 70% è da intendersi valida a partire dai primi mesi del 2017.

( ).

La capacità lavorativa in attività adatta del 70% è da ritenersi valida da inizio 2017. ( )■  
(pag. 817-818 incarto AI)

Vi è ancora una capacità lavorativa residua in un■attività leggera, adatta e variata. Anche in un■attività ottimale tuttavia vi è, dal mio punto di vista, tenendo conto soprattutto dei problemi alla colonna vertebrale e alle ginocchia (quindi solo dal punto di vista reumatologico senza tener conto della problematica psichiatrica) un■incapacità lavorativa del 40%.■ (doc. A3)

La sintomatologia preminente risulta essere di tipo ansioso: la paziente riferisce difficoltà di addormentamento e risvegli frequenti con episodi di pavor nocturnus, scarsa tolleranza allo stress che si manifesta con attacchi parossistici di ansia associati a rialzi della pressione arteriosa. Non vengono riferiti sintomi di tipo agorafobico.

Sono presenti inoltre importanti vissuti di solitudine e paure per il futuro. Sono oggettivamente riduzione della memoria e un■attenzione deficitaria.

Sulla base del quadro clinico osservato è ipotizzabile una diagnosi di Sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F: 43.22) e sindrome da Attacchi di panico (ICD 10: F41). Il disadattamento sembra primariamente legato alle patologie somatiche e alla sintomatologia dolorosa riferita dalla paziente e dall■impatto negativo che esse hanno sulla sua vita quotidiana.■ (doc. A4)

(doc. A5)

Stabilità dei reperti rispetto all■esame precedente con:

(doc. A6)

Egli concorda pienamente con le diagnosi da me poste.

Per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa di quest'assicurata, vi sono alcune differenze. Per quanto riguarda la capacità lavorativa in un'attività lavorativa adatta, mi sembra che possiamo ritenere una situazione simile. Ricordo di aver determinato una capacità lavorativa in un'attività adatta al 70% con una riduzione del rendimento del 30%.

Il Dr. med. \_\_\_\_\_ ritiene una capacità lavorativa residua del 60%.

Le nostre valutazioni sulla capacità lavorativa dell'assicurata si discostano di più per quanto riguarda l'attività lavorativa da ultimo svolta, in particolar modo di venditrice presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Per quanto riguarda le limitazioni da me determinate, segnalo di aver preso posizione sulle limitazioni inerenti alle patologie, soprattutto della colonna cervicale e della colonna vertebrale, nonché del quadro fibromialgico presentato dall'assicurata. Personalmente non ho ritenuto che le patologie al ginocchio, alle spalle e alla caviglia destra, portassero a delle limitazioni funzionali. In questo senso vedo la discordanza con il collega \_\_\_\_\_.

Egli segnala che come cameriera (recte: venditrice) essa dovrebbe stare in piedi tutto il giorno oppure seduta e caricare oggetti pesanti e fare movimenti ripetitivi, con la colonna vertebrale e il collo. Personalmente ritengo che per la colonna vertebrale l'attività svolta permettendole di essere in movimento, di cambiare spesso posizione, sia da considerare meno sfavorevole di altre attività, soprattutto se sedentarie. Ritengo che le patologie alle ginocchia non siano limitative, quindi la deambulazione non sia particolarmente limitata. Ritengo che nei limiti funzionali di peso da me stabiliti e quindi nell'alzare pesi tra i 5 e i 7,5 kg, non vi siano delle limitazioni significative. In questo senso non mi sento di dover modificare nelle limitazioni funzionali da me descritte né la mia capacità lavorativa come espressa sia per quanto riguarda l'attività svolta finora che come pure per quanto riguarda un'attività lavorativa adeguata.■

(pag. 982-983 incarto AI)

2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389).

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii).

Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

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

Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid.3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, ■La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali■, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito 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 succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita 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 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

Al referto va attribuita piena forza probante.

2.7.1. Per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, il consulente, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato l'assicurata in data 21 agosto 2019 e 2 settembre 2019, riassunta l'anamnesi, esaminati gli atti e valutate le constatazioni obiettive, non ha posto alcuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, mentre quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa ha indicato la sindrome da attacchi di panico (ICD 10-F41.0; pag. 878 e seguenti incarto AI).

Lo specialista ha segnatamente rilevato come sull'assicurata gravano a livello della coscienza psicologica una serie di influenze negative, relative al suo passato, al suo futuro per via delle preoccupazioni inerenti alla evoluzione del suo stato di salute e della sua situazione finanziaria e per quel che riguarda il momento attuale a causa dei plurimi episodi di ansia parossistica che hanno indotto il suo medico curante a consigliarle di farsi seguire a livello specialistico. In precedenza l'interessata era già stata seguita da un altro psichiatra nel contesto di difficoltà insorte in seguito al divorzio con il marito ed era stata sottoposta per un certo periodo ad una terapia psicofarmacologica che aveva portato a risultati soddisfacenti. Dal lato clinico presenta dunque una sintomatologia psichica caratterizzata da attacchi di panico che ha portato ad una certa ansia di attesa ma non è stata però tale da provocare deflessione umorale o perdite del controllo dei propri agiti né da interferire con il funzionamento psicologico e sociale e nemmeno da causare alterazioni rilevanti dell'aspetto personologico. Per il consulente occorre trattare tale patologia tramite farmaci specifici onde prevenire l'insorgenza delle crisi ansiose parossistiche tenuto conto anche dei risultati soddisfacenti ottenuti a seguito di pregresse terapie psicofarmacologiche prescritte.

Il certificato del 30 giugno 2020 (doc. A4) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, di una pagina e mezza, dove viene diagnosticata una sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10: F 43.22) e una sindrome da attacchi di panico (ICD 10: F 41), non è atto a sovvertire le motivate, approfondite e convincenti valutazioni peritali.

La specialista, che ha visto la ricorrente in tre occasioni, non si pronuncia infatti in merito alla capacità lavorativa della ricorrente, descrive una situazione valetudinaria sostanzialmente positiva ( [ ] si presenta ben curata nell'igiene, aspetto e abbigliamento. Non emergono particolari disturbi della forma e del contenuto del pensiero [ ] Il tono dell'umore risulta apparentemente in asse sebbene sia riscontrabile un nucleo depressivo più profondo con cui la paziente non è ancora al momento in grado di entrare in contatto [ ]),

con l'eccezione delle difficoltà di addormentamento, i frequenti risvegli ed il pavor nocturnus, ed afferma come il disadattamento sembra primariamente legato alle patologie somatiche e alla sintomatologia dolorosa, oltre che all'impatto negativo che esse hanno sulla vita quotidiana e sulla pratica di ricorso AI.

Manifestamente non vi è pertanto alcun elemento medico oggettivo per distanziarsi dalle valutazioni peritali del consulente del \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia.

2.7.2. Neppure per quanto concerne l'aspetto neurologico la ricorrente ha prodotto documentazione medica atta a mettere in discussione le valutazioni dello specialista del \_\_\_\_\_.

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha rettamente evidenziato come i referti allegati in sede di osservazione al progetto di decisione non contengono nuovi elementi medici.

Tant'è che lo stesso dr. med. \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che non si esprime in merito alla capacità lavorativa della ricorrente, nel commentare la nuova RM della colonna cervicale eseguita il 14 maggio 2020 afferma che vi è una stabilità dei reperti rispetto all'esame precedente del 18 ottobre 2018 (doc. A6), già preso in considerazione dai periti del \_\_\_\_\_ (cfr. pag. 784 incarto AI) e dal dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 830 e 846-847 incarto AI).

Quest'ultimo, il 7 ottobre 2020, ha segnatamente evidenziato che il restringimento del neuroforame C6 destra, citato dal dr. med. \_\_\_\_\_, è ben noto e non è cambiato e che l'aspetto radicolare C6 destro, così come la pregressa problematica S1 destra, di cui si fa cenno nell'opposizione del 17 marzo 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, sono già stati valutati e discussi nel referto, motivato e completo, di 29 pagine, del 6 agosto 2019 (pag. 824-852 incarto AI).

Il dr. med. \_\_\_\_\_ in quell'occasione ha infatti evidenziato come all'ultima MRI risalente all'anno scorso non vi era più una compressione radicolare S1 destra per riassorbimento dell'ernia sottopenducolare presente in precedenza, sottolineando però che il dolore si è ormai cronicizzato. Non di rado i dolori radicolari presenti per molti anni possono persistere anche quando la causa iniziale, all'origine della radicolopatia, non è più presente. Inoltre per quanto riguarda i dolori all'arto superiore destro, come suddescritto lo stato neurologico degli arti superiori è risultato nella norma tra l'altro come anche quelli effettuati dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Non vi sono quindi mai stati dei chiari segni clinici di una radicolopatia cervicale, ricordo che invece alle MRI cervicali viene descritto un conflitto radicolare C6 a destra, oltre ad altre alterazioni discopatiche degenerative. Nel gennaio 2017 la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ effettua un esame EMG all'arto superiore destro, ove ha riscontrato segni compatibili con una sofferenza radicolare C6 destra cronica che si conferma di entità lieve all'esame EMG attuale. La collega ai tempi poneva la diagnosi anche di un'irritazione radicolare C6 bilaterale non deficitaria, prevalente a destra, ed ipotizzava anche la presenza di alterazioni reumatologiche associate come tendinite o epicondilopatie. Effettivamente per quanto riguarda i sintomi descritti dalla paziente stessa, essi oltrepassano una sintomatologia C6, ossia la paziente descrive dei dolori diffusi all'arto superiore destro senza chiara distribuzione dermatogena, altrettanto disestesie diffuse non dermatogene nonché una sensazione globale di deficit di forza, quest'ultimo comunque non presente allo stato clinico. In pratica i sintomi accusati dalla paziente appaiono principalmente di origine non

neurologica, piuttosto reumatologica (miofasciale, tendiniti, epicondiliti?). Ciononostante una possibile componente irritativa C6 destra non si può escludere del tutto, non sembra comunque prevalere■ (pag. 847 incarto AI).

Lo specialista ha quindi accertato una capacità lavorativa del 70% nella precedente attività e del 75% in attività adatte. Egli ha in particolare rilevato come la ricorrente ha lavorato fino al 2013 e ■negli anni seguenti i problemi principali sono apparsi a livello del ginocchio destro e sinistro e della caviglia destra, pare che i dolori radicolari in quel periodo erano di secondaria importanza. Presumibilmente da inizio 2015 la sintomatologia radicolo-lombare si è progressivamente cronicizzata con l■aggiunta in seguito anche dell■irritazione C6 destra, pare che all■incirca da inizio 2017 si sono instaurate le incapacità lavorative come su descritte■ (pag. 850 incarto AI).

Il perito ha pertanto indicato nel dettaglio i motivi che lo hanno condotto a ritenere l■assicurata abile al lavoro al 70% nella precedente attività ed al 75% in attività adatte, spiegando l■incidenza sulla capacità lavorativa della sofferenza radicolare C6 a destra e della problematica S1 a destra.

In assenza di documentazione medica oggettiva atta a smentire le sue conclusioni, non vi è motivo per distanziarsi dalle sue valutazioni.

2.7.3. Per quanto concerne l■aspetto reumatologico il consulente del \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, nel suo referto del 12 agosto 2019 di 24 pagine (pag. 853 e seguenti incarto AI), ha stabilito che l■interessata è abile al lavoro sia nella sua precedente attività di commessa che in qualsiasi altra attività con una riduzione del rendimento del 30%.

Il consulente, dopo aver visitato l■assicurata il 5 agosto 2019, riassunti gli atti e l■anamnesi, ha approfonditamente esaminato sia i disturbi soggettivi descritti dall■insorgente sia i reperti oggettivi, segnatamente le RM della colonna lombare e cervicale, del ginocchio destro e della caviglia destra, descrivendone gli esiti ed esaminando le valutazioni degli specialisti che l■hanno avuta in cura.

Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha stabilito che i dolori riferiti dall■insorgente sono da interpretare primariamente in relazione alla problematica fibromialgica. Secondariamente la sintomatologia dolorosa limitante per l■assicurata risulta essere il quadro di disturbi sia alla colonna cervicale che lombare. Il quadro clinico complessivo ha sviluppato un decorso piuttosto cronico con episodi postinfortunistici, nonché una certa resistenza alle terapie instaurate.

Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha poi accertato che per quanto riguarda i disturbi alla colonna cervicale in relazione con le problematiche degenerative da C3 fino a C7 e per la osteocondrosi L5-S1, l■insorgente è limitata in attività lavorative non particolarmente ergonomiche per la colonna vertebrale sia cervicale che lombare, è limitata in attività in cui vi sono movimenti ripetitivi di rotazione, flessione del tronco e della colonna cervicale, nel piegarsi e rialzarsi ripetutamente con la colonna lombare e nel mantenere posizioni statiche per breve tempo, mentre la posizione seduta può essere mantenuta almeno per un■ora cambiando appoggio, la posizione in piedi cambiando appoggio e muovendosi per almeno un■ora/un■ora e mezzo.

La deambulazione è limitata per al massimo un■ora e l■assicurata può alzare pesi tra i 5 e i 7,5 kg, non ripetutamente. Per la problematica fibromialgica l■insorgente è limitata in

generale dalla stanchezza cronica, dall'affaticamento rapido e dai disturbi del sonno. Non vi sono limitazioni per quanto riguarda le patologie specifiche alla spalla destra, alle ginocchia bilateralmente e alla caviglia destra.

Il dr. med. \_\_\_\_\_, nel suo referto del 22 giugno 2020 (doc. A3), descritti l'anamnesi, lo status e le proposte terapeutiche, si limita in sostanza a fornire una diversa valutazione della capacità lavorativa della ricorrente, quale venditrice, che non ritiene più esigibile se non in condizioni particolarmente favorevoli e in attività adatte (incapacità lavorativa del 40% e non del 30%), senza tuttavia apportare ulteriori elementi medici oggettivi che possano sovvertire il referto, motivato ed approfondito, del dr. med. \_\_\_\_\_.

Il dr. med. \_\_\_\_\_ sostiene in particolare che quale venditrice dovrebbe stare tutto il giorno seduta o in piedi, caricare oggetti pesanti e fare movimenti ripetitivi con la colonna vertebrale ed il collo.

Tuttavia, come rileva correttamente il consulente del \_\_\_\_\_ nella sua presa di posizione del 15 ottobre 2020, per la colonna vertebrale l'attività di venditrice, permettendole di essere in movimento, di cambiare spesso posizione, va considerata meno sfavorevole di altre attività, soprattutto se sedentarie (pag. 982 incarto AI). Ella, come accade ormai sempre più spesso, potrebbe infatti alternare momenti brevi alla Cassa, con altri momenti, più lunghi, in cui svolge attività di consulenza alla clientela o cambio della merce, non pesante (meno di 5 kg), negli scaffali.

Circa le attività leggere e segnatamente i problemi alla colonna vertebrale e alle ginocchia, non va dimenticato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4 fino alla TA1 2010, poi divenuto livello 1 con la TA1 2012), vi è un numero significativo di attività di natura leggera, che permettono di alternare la posizione e che sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurata. Come ripetutamente statuito dall'Alta Corte in casi con limitazioni funzionali analoghe, esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3., che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3; 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3).

È peraltro utile aggiungere che se è vero che, secondo la giurisprudenza, vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di

controllo ecc.; cfr. sentenza 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti; sentenza 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; sentenza U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7).

Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalla valutazione reumatologica del consulente del \_\_\_\_\_.

2.7.4. Di nessuna utilità è il certificato medico di poche righe del 2 luglio 2020 del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna e oncologia, che si limita in sostanza, sulla base delle considerazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, a stabilire un'incapacità lavorativa della ricorrente del 50% (doc. A5), senza alcuna motivazione particolare e senza apportare elementi medici oggettivi. Il certificato, privo di qualsiasi diagnosi, non è pertanto d'aiuto all'interessata.

Stesso esito per il referto del medesimo curante dell'8 febbraio 2021, che riprende in gran parte quanto affermato in precedenza, conferma l'incapacità lavorativa del 50% ed aggiunge che l'interessata è in cura per una gonartrosi bilaterale presso il dr. med. \_\_\_\_\_, è stata ricoverata nel mese di ottobre 2020 a causa di una polmonite bilaterale da infetto COVID-19 e che la situazione è instabile e suscettibile di peggioramento (doc. A10).

Va qui rammentato alla ricorrente che il Tribunale federale ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010).

Alla ricorrente va ugualmente ricordato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza citata 9C\_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2).

Secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 9 dicembre 2020), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 144 V 210 consid. 4.3.1 con riferimenti, citata nella sentenza 8C\_435/2020 del 23 ottobre 2020, consid. 4.4).

Tali certificati devono pertanto semmai essere oggetto di una nuova procedura.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni della perizia pluridisciplinare del \_\_\_\_\_ del 30 gennaio 2020, il cui esito è stato confermato dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ il 9 novembre 2020 (pag. 984 incarto AI) ed in precedenza dal medico SMR \_\_\_\_\_ il 31 gennaio 2020 (pag. 752-755 incarto AI).

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del

diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

In conclusione questo TCA deve confermare che, per quanto concerne il periodo litigioso, l'insorgente nell'attività abituale è incapace al lavoro al 100% dal 5 gennaio 2015 al 28 febbraio 2017 ed al 30% dal 1° marzo 2017, mentre in attività adatta è incapace al lavoro al 100% dal 9 marzo 2015 al 31 gennaio 2016, al 40% dal 1° febbraio 2016 al 31 dicembre 2016 ed al 30% dal 1° gennaio 2017 (cfr. pag. 754 incarto AI).

2.8. Circa le difficoltà della ricorrente a reperire un'attività nell'attuale mercato del lavoro, va rammentato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schulthess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno.

Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se - ipotesi non realizzata nella fattispecie - l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (cfr. ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 114).

2.9. Per quanto concerne il grado della rendita d'invalidità, la ricorrente, di per sé non contesta il calcolo esposto dall'UAI nella decisione impugnata.

Del resto, esso si rivela corretto.

L'interessata ha diritto ad una rendita intera dal 1° gennaio 2016 (trascorso l'anno di attesa con, nel caso di specie, un'incapacità lavorativa totale) al 30 aprile 2016.

STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.6.1), con il reddito da invalida di fr. 29'473.81 determinato in base alla tabella TA 1 2016, attività semplici e ripetitive, livello 1 di competenze, donne, applicando una decurtazione sociale del 10% (cfr. pag. 930 incarto AI) e tenuto conto dell'incapacità

lavorativa del 40%, si ottiene un grado d'invalidità del 46.4% ( $\{[4'363 \times 12 : 40 \text{ ore} \times 41.7 \text{ ore}] : 100 \times 90\} : 100 \times 60$ ), arrotondato conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121) al 46% che dà diritto ad  $\frac{1}{4}$  di rendita (art. 28 cpv. 2 LAI).

Dal 1° aprile 2017, tre mesi dopo il miglioramento dell'incapacità lavorativa in attività leggere (30% in luogo del 40%), l'insorgente non ha più diritto ad alcuna rendita giacché ha un discapito minore nell'attività abituale di venditrice (capacità lavorativa del 70%), raffrontando il salario da valida di fr. 55'050.60, secondo la tabella TA1 del 2016, settore 47 del commercio al dettaglio, aggiornato nel 2017 a fr. 55'291.35 ( $55'050.60 : 101.2 \times 101.4$  [cfr. Tabella T1.2.15 indice dei salari nominali, donne 2016-2019] : 41.8 ore nel 2016 x 41.9 ore nel 2017), con quello da invalida sempre di fr. 55'291.35, secondo la tabella TA1 del 2016, settore 47 del commercio al dettaglio, ma ridotto del 30% a fr. 38'703.95, per un grado d'invalidità del 30%.

In queste condizioni la decisione impugnata deve essere confermata, mentre il ricorso va respinto.

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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