

## **TI\_GERICHTE 32.2021.111 vom 15. September 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-09-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.111](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.111)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.111 du 15 septembre 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.111 del 15 settembre 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

novembre 2016 e dal 5 dicembre 2016, non potevano essere condivise, in assenza di atti medici concludenti, la MRI alle mani non essendo in ogni modo conclusiva (doc. AI pag. 669). Il \_\_\_\_\_ ha quindi riproposto le prese di posizione dei consulenti, che confermavano la perizia, tra l'altro come segue: " Presa di posizione del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 12.2.2021: "ho preso visione delle nuove osservazioni redatte dall'A. al progetto di decisione dell'UAI in seguito alla perizia \_\_\_\_\_ del 25.11.2020 a proposito delle quali esprimo quanto segue. A pagina 4 del suo scritto l'assicurata critica che nella perizia ho evidenziato una sua tendenza ad esagerare, la portata dei suoi sintomi quando nel capitolo 4.3.3 parlo piuttosto riprendendo quanto è emerso nel test psicologico di "minima tendenza da parte dell'A. ad accentuare la portata di alcuni sintomi inusuali in particolare nell'ambito di disturbi neurologici e amnesici senza peraltro mostrare nel suo complesso indizi che facciano propendere per un tentativo di simulazione di disturbi psichici né di un loro significativo aggravamento ". Per quel che riguarda infine la diagnosi di sindrome da disadattamento da me posta l'A. non porta elementi tali da pregiudicarla limitandosi a riportare le sue considerazioni in merito alla stessa dissentendo sostanzialmente il fatto che della diagnosi possa non portare ad una IL ". Presa di posizione del Dr. med. \_\_\_\_\_ dell'8.2.2021 : "(...) Come argomento principale l'Assicurata presenta la sua convinzione di soffrire di una mitocondriopatia (cronic fatigue syndrom CFS). Limitandomi alla mia pertinenza endocrinologica, nelle fotocopie allegate leggo che la fatica del CFS sia correlata con l'altezza degli autoanticorpi anti-tireoperossidasi (TPO), autoanticorpi presenti nonostante la presenza di una perfetta eutireosi, e una tendenza alla ipoglicemia. Il labor fatto nell'ambito della perizia \_\_\_\_\_ in discussione evidenzia però un TPO di 35.3 U/ml (valore di norma < 60 U/ml) e una glicemia venosa di 6.0 mmol/l (valore di norma 4.1-6.1 mmol/l). Costato quindi che tutte e due i parametri risultano perfettamente nella norma e di conseguenza non corrispondono alla descrizione inoltrata dalla Assicurata. Senza nuovi dati ormonali non vedo possibilità a discutere un'eventuale modificazione della mia valutazione endocrinologica fatta nel 2020." (doc. AI pag. 669 segg). Sulla base delle dettagliate prese di posizione degli specialisti, il \_\_\_\_\_ ha concluso che "le osservazioni dell'A. si basano perlopiù sulla convinzione da parte dell'A., che una diagnosi che si è praticamente autocertificata, su valori e dati non tutti scientificamente provati, portino automaticamente ad un'incapacità totale, cosa che non è il caso. Come ben espresso dagli specialisti, che tutti hanno evidenziato nell'a. risorse e capacità e quindi hanno ritenuto che l'A. mostrasse un quadro clinico non in linea con quanto da lei espresso, riteniamo che queste osservazioni non sono in grado assolutamente di confutare le conclusioni della perizia \_\_\_\_\_, datata 25.11.2020. A riguardo delle incapacità lavorative riconosciute da \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, queste non risultano completamente giustificabili, come riportato sopra " (doc. AI pag. 679). Tale conclusione,

condivisa anche dal SMR (doc. AI pag. 690), fondata su un attento e preciso esame del caso e della documentazione agli atti da parte di specialisti delle materie interessate, merita di essere condivisa. 2.9. Come verrà illustrato nel prosieguo, tali conclusioni non sono state smentite da censure motivate o da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia \_\_\_\_\_ e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). 2.9.1. In particolare, è stato prodotto uno scritto del 2 dicembre 2021 della curante dr.ssa \_\_\_\_\_, che riferisce che l'assicurata dal 2011, anno nel quale ha contratto infezione da H1N1, combatte con la sua resistenza fisica precaria. Malgrado i tentativi effettuati, essa non riuscirebbe a lavorare, essendo efficiente solo per un paio di ore, dopodiché crollerebbe inevitabilmente per una stanchezza invalidante, a suo avviso in gran parte da attribuire a deficit di ATP e quindi ad una mitocondriopatia come si evince dagli esami di laboratorio. Considerati i tempi di recupero tra un'attività fisica anche intensa, tipo attività sportiva o lavorativa, molto lunghi, il ritmo di attività dell'assicurata non sarebbe proponibile per alcuna attività lavorativa. Sarebbe inoltre " da dimostrare tramite documentazione scientifica l'azione metabolica della moto utilizzata dall'A. per spostarsi ". La curante riferisce che l'assicurata possiede diversi attestati di capacità, ma che di fronte alla mitocondriopatia presente non possono essere sfruttati. In attesa di una farmacoterapia in grado di ripristinare l'attività mitocondriale, quindi di rialzare i livelli di ATP, bisogna rispettare le limitazioni fisiche presentate. Critica inoltre il fatto che mentre il long COVID è oggi giorno accettato, diversamente un long MINI non lo sia (doc. X/1). È pure stato prodotto un referto di un'ecografia eseguita il 3 dicembre 2021 all'arto superiore destro (attestante esiti di possibile epicondilita esterna di grado moderato, con associata minuta lesione intratendinea del tendine comune degli estensori; doc. XIV/5) e uno scritto del 13 gennaio 2017 del dr. \_\_\_\_\_, internista (che riferiva delle iniezioni di testosterone effettuate ogni 15-17 giorni, con effetto anabolico sulla muscolatura e le articolazioni e antinfiammatorio percepito dalla paziente; doc. C). Questa documentazione, unitamente al ricorso e alle prese di posizione dell'assicurata, è stata come da prassi sottoposta al \_\_\_\_\_, il quale ha nuovamente interpellato i diversi periti medici specialisti e lo psicologo, e con nuovo complemento peritale del 17 febbraio 2022 (di ben 21 pagine) ha concluso che la documentazione non apportava elementi idonei a modificare le conclusioni della perizia del 25 novembre 2020 (doc. XVIII/1). Nel suo rapporto, il \_\_\_\_\_ ha riesposto le prese di posizione dei periti, in particolare quella del dr. \_\_\_\_\_ del 6 febbraio 2022 come segue (per quanto riguarda la presa di posizione della dr.ssa \_\_\_\_\_ cfr. in esteso al consid. 2.9.2): " (...) A pagina 4 del suo scritto l'A. dichiara che nella perizia ho evidenziato una sua tendenza ad esagerare la portata dei suoi sintomi quando nel capitolo 4.3.3 parlo piuttosto, riprendendo quanto è emerso nel test psicologico effettuato dallo psicologo Dr. \_\_\_\_\_, di " minima tendenza da parte dell'A. ad accentuare la portata di alcuni sintomi inusuali in particolare nell'ambito di disturbi neurologici e amnesici senza peraltro mostrare nel suo complesso indizi che facciano propendere per un tentativo di simulazione né di un loro significativo aggravamento ". Per quel che riguarda la diagnosi di sindrome da disadattamento da me posta l'A. non porta elementi tali da pregiudicarla limitandosi a riportare delle considerazioni personali in merito alla stessa dissentendo sostanzialmente sul fatto che detta diagnosi possa a suo dire, per le conseguenze che essa le arreca, non portare ad una IL. A

questo proposito rispetto alla diagnosi da me posta al p.to 6.2 della perizia ovvero la sindrome da disadattamento in personalità con disturbi esternalizzanti e tratti narcisistici voglio chiarire che essa non si configura come una alterazione psicopatologica di rilevanza clinica tale da impedire all'A. di accedere al suo bagaglio di risorse, capacità e competenze ne è a mio avviso da considerare tale da impedire all'A. la possibilità di farne un proficuo uso ai fini di un investimento nella realtà, I tratti narcisistici come d'altronde è emerso al test MMPI-2-RF eseguito dallo psicologo \_\_\_\_\_ sono essenzialmente caratteristiche di personalità che rendono l'A. particolarmente ego centrata portandola ad auto conferirsi una eccessiva importanza. Ai tratti narcisistici, come si evince dal test psicologico, si associano nell'A. dei pervasivi sintomi di natura esternatizzante caratterizzati da momenti di impulsività e comportamenti eccessivamente dominanti anche di tipo strumentale volti a farle raggiungere i propri scopi, cosa questa che si evince dal test psicologico. Si tratta in questo caso di caratteristiche di personalità non certamente correlabili con una perdita di realtà ma che portano l'A. piuttosto, anche se alle volte probabilmente al prezzo di incorrere in conflitti interpersonali ingenerati da suoi comportamenti eccessivamente dominanti, ad imporre la propria innata assertività e a farla valere nel gruppo di lavoro dove si trova a stazionare. Tenuto conto di questi elementi che rimangono circoscritti alle sue caratteristiche di personalità non ho ravvisato disturbi di rilevanza clinica tale da inficiare la sua riuscita pragmatica motivo per cui la diagnosi psichiatrica posta non è stata da me ritenuta invalidante. Per quanto attiene alla mia interpretazione dei test psicologici (SIMS+MMPI-2-RF) effettuati dallo psicologo Dr. \_\_\_\_\_ ho riportato fedelmente anche se in maniera succinta le conclusioni ai punti 4.3.3, 7.1 e 8.4 della perizia. Rispetto a quanto riportato dal rappresentante legale dell'A. nella lettera del 02.12.2021 rispondo dichiarando che appare plausibile che l'A. non riconosca la propria patologia psichiatrica riportata al p.to 6.2 della perizia o che perlomeno non ne colga gli aspetti eccessivi a livello comportamentale e degli atteggiamenti visto che come generalmente accade nel caso di personalità con tratti narcisistici non sono i soggetti in causa ma piuttosto quelli che sono a gravitare nel loro raggio d'azione a ravvisarne il carattere problematico. Riguardo alle ulteriori questioni postemi, in modo particolare a quanto riportato dalla rappresentante legale dell'A. a pag. 15 del ricorso al TCA, preciso innanzitutto che contrariamente a quanto sostenuto da quest'ultima può non sussistere una contraddizione tra un reperto di amplificazione della sintomatologia dichiarata al SIMS e il fatto di non avere oggettivato all'esame psichico delle alterazioni della sfera cognitiva nel senso che i due reperti attenendo ad indagini distinte possono benissimo coesistere. Rispetto a quanto riportato dalla rappresentante legale dell'A. a pag. 16 del ricorso quando nello specifico riferisce che avrei attribuito all'A. una "visione distorta della realtà" preciso di essermi limitato a riscontrare una difficoltà di inserimento nella realtà che ho ricondotto diagnosticamente alta sindrome di disadattamento di cui l'A. soffre sulla scorta delle sue caratteristiche di personalità che sono emerse anche ai test psicologici effettuati dallo psicologo Dr. \_\_\_\_\_. Non ho riscontrato un deficit delle prestazioni cognitive a cui poter fare in qualche modo risalire quanto riportato dalla rappresentante legale dell'A. quando ella parla di "prisma deformante della realtà dato dalla patologia psichiatrica attribuita dal perito". Rispetto a quanto riportato dalla rappresentante legale dell'A. al punto 4 (pagg. 17-20) del ricorso al TCA preciso innanzitutto che a livello diagnostico ho descritto la presenza di "tratti esternalizzanti" come caratteristica di personalità dell'A, e non ho parlato di aspetti di "iperattività" come riferisce la rappresentante legale dell'A. a pag. 18 del ricorso. A proposito della iperattività dell'A. mi sono limitato a descrivere nelle conclusioni della

perizia la presenza di "comportamenti iperattivi" riprendendo quanto è emerso ai test psicologici nel contesto dei tratti esternalizzanti facenti parte della personalità emotiva dell'A. Faccio a questo proposito notare che nel caso di una vera e propria iperattività la patologia psichiatrica afferente al registro maniaco dei disturbi affettivi non avrebbe potuto effettivamente essere arginata o controllata dalla persona che ne avesse sofferto mentre nel caso dell'A. la questione di fatto non si pone in questi termini trattandosi nella fattispecie di una strutturata patologia affettiva a tinta maniaco bensì di un aspetto personologico sul quale, salvo i rarissimi casi di una perdita psicotica di realtà (ma non è questo il caso), è comunque data una possibilità di presa da parte del soggetto. La correlazione negativa tra disturbi psichici e fisici descritta dalla rappresentante legale dell'A. a pag. 18 del ricorso a mio avviso quindi non può essere sostenuta tenuto conto della premessa di cui sopra nel senso che ribadendo quanto è stato attestato a livello diagnostico cade la presunzione di malattia psichiatrica invalidante. Quanto riportato a pag. 19 del ricorso dalla rappresentante legale dell'A, a proposito della sindrome da disadattamento da me descritta a livello diagnostico se da un lato mette in luce le difficoltà dell'A. nell'inserimento nella realtà per l'impatto che le sue caratteristiche di personalità possono esercitare sull'ambiente lavorativo dall'altro non sono indicative di trovarci alle prese con una personalità con caratteristiche antisociali né con un livello di disfunzione dell'apparato psichico tale da pregiudicare l'esame di realtà. Rispetto quindi in modo particolare a quanto riportato a pag. 20 dalla rappresentante legale dell'A. faccio notare che ciò che è stato riportato nella perizia a proposito dell'assenza di criteri per un disturbo antisociale e per disturbi con perdita psicotica di realtà mi ha permesso di precisare il livello di gravità della patologia psichica dell'A. e a farmi giungere infine alle mie conclusioni in merito alla capacità valetudinaria dell'A." (doc. XVIII/1 pag. 12) (per quanto riguarda le prese di posizione del dr. \_\_\_\_\_ del

## **E. 22**

dicembre 2021, del dr. \_\_\_\_\_ del 6 gennaio 2022, e dello psicologo \_\_\_\_\_ del 21 gennaio 2022, cfr. doc. XVIII/1) Il \_\_\_\_\_ ha quindi preso posizione sulle diverse contestazioni sollevate dall'assicurata, ribadendo in ogni modo che a parte le certificazioni della curante dr. \_\_\_\_\_, nessun medico aveva sostanzialmente mai attestato un'inabilità duratura totale in ogni attività, come ben si evince dal riepilogo dell'anamnesi allestito in occasione della perizia \_\_\_\_\_, fatta eccezione per gli scarni e immotivati certificati resi dal dr. \_\_\_\_\_, il quale il 9 gennaio 2020 si era limitato a certificare genericamente un'inabilità lavorativa completa per tutto l'anno 2020 " per ragioni di salute ", ossia senza indicazione dei motivi o delle patologie che giustificerebbero l'inabilità (doc. AI pag. 333). A ciò non può evidentemente mutare il fatto – peraltro noto e considerato di conseguenza dai periti del \_\_\_\_\_ – che la ricorrente misconoscerebbe di essere affetta da una malattia psichiatrica, Per quanto attiene all'ecografia eseguita il 3 dicembre 2021 all'arto superiore destro (doc. XII/4), che mette in evidenza la presenza di alterazioni compatibili con una epicondilopatia esterna di grado moderato con associata minuta lesione intratendinea del tendine comune degli estensori, il dr. \_\_\_\_\_, nel suo complemento del 22 dicembre 2021, ha osservato, con completezza, che la recente indagine radiologica non faceva che confermare una problematica di epicondilopatia già valutata e interpretata nell'ambito della sintomatologia dolorosa a carattere diffuso e della diagnosi di reumatismo delle parti molli. Si trattava in ogni modo di una patologia che non portava a nuove limitazioni funzionali e non permetteva di modificare le valutazioni sulla capacità lavorativa espresse in sede peritale. Con riferimento alle richiamate affezioni

postinfortunistiche, il \_\_\_\_\_ sottolinea come le limitazioni che sono derivate all'assicurata sono state soltanto temporanee, come evidenziato dagli esami clinici e radiologici eseguiti e come del resto confermato dall'assicuratore infortuni che non ha riconosciuto alcuna rendita e anche dal dr. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione per l'\_\_\_\_\_ del 30 gennaio 2017 e dai reperti radiologici agli atti. Circa la critica che il \_\_\_\_\_ avrebbe erroneamente ammesso che l'assicurata pratica sport quotidianamente, a prescindere dal fatto che la perizia non afferma ciò, va detto che la medesima ha semplicemente evidenziato che l'assicurata pratica "regolarmente" nuoto e canoa e si sposta, anche se non quotidianamente, su una motocicletta di 650 CC. Del resto, dalle singole valutazioni peritali allegate alla perizia ben si evince che i periti hanno osservato come la muscolatura dell'assicurata, pur aumentata dal testosterone, sia anche stata verosimilmente incrementata da una rilevante attività sportiva (punto A pag. 71 perizia \_\_\_\_\_, doc. AI pag. 449), e che l'interessata, che appunto si presentava alle visite in motocicletta, avesse ancora varie risorse al riguardo, e non apparisse affaticata. Parimenti essa è apparsa veloce e concentrata in sede di evasione del test psicologico somministrato, con risultati che escludono la presenza di disturbi psichici cognitivi e neurologici, ma "soltanto" "disturbi esternalizzanti che si stagliano su una personalità caratterizzata da tratti narcisistici." A ragione il \_\_\_\_\_ ha in proposito osservato che "se l'A. è riuscita a rimanere attenta e concentrata durante sia la lunga raccolta anamnestica avvenuta con la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ il giorno della prima visita, sia durante i test psicologici effettuati, a cui ha risposto con velocità, questo è sicuramente in contrasto con una diagnosi di affaticamento cronico con incidenza sulla capacità lavorativa o con deficit cognitivi", osservando pure che l'atteggiamento mostrato nei confronti dell'AI, al quale ella ha inviato lunghe e articolate missive, mostrandosi presente e ben informata durante la raccolta anamnestica, risultava "in contrasto chiaro con un grave deficit dell'attenzione e della concentrazione e un affaticamento tale da incidere sulla capacità lavorativa" (doc. XVIII/1 pag. 18 segg). Le risorse ammesse dalla perizia sono in altre parole frutto degli accertamenti medici esperiti in modo assai approfondito, e non, come insinua la ricorrente, il risultato di deduzioni tratte segnatamente dalla capacità di gestire la sua economia domestica. In merito poi alla questione riguardante l'uso del testosterone – che la ricorrente nega di assumere in quanto transessuale, bensì per i suoi effetti secondari quali bisogno ridotto di sonno, più energia – i periti \_\_\_\_\_ hanno osservato quanto segue: "Come ben riportato dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto, nell'atto del 20.3.2019 all'Ufficio AI il Dr. med. \_\_\_\_\_ diagnostica un transessualismo uomo-donna (ICD-10 F64.0) in cura con trattamento ormonale per cambio di genere, dove attesta anche che l'A. è totalmente abile al lavoro per la problematica endocrinologica. Ora la legale contesta una diagnosi che è stata posta dal curante stesso dell'A. e afferma, che il testosterone viene dato per i suoi effetti collaterali. Sottolineiamo, che nessun medico proporrrebbe un trattamento con il testosterone per gli effetti collaterali, sarebbe un grave errore medico. Ma la legale, riferendosi alla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che ha fatto la perizia immunologica, confonde e travisa le parole, e dice anche che non è poi stata fatta nessuna correlazione tra il fatto che seppur la ricorrente prenda testosterone, ella abbia sempre dichiarato stanchezza e affaticamento, in particolare necessità di almeno 10 ore di sonno, peraltro la necessità di 10 ore di sonno al giorno, non è certamente segno patognomonico di una malattia accertata, ne impedisce un'attività lavorativa al 100%. Facciamo altresì notare che all'esame clinico l'A. mostrava una buona tenuta muscolare e questo è sicuramente compatibile con un esercizio quotidiano della muscolatura e un utilizzo della stessa." (pag. 17) Tali conclusioni sono state in

particolare confermate dal dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel suo complemento del 6 gennaio 2022, oltre a condividere la presa di posizione della dr.ssa \_\_\_\_\_, ha pure sottolineato che nel caso della terapia con il testosterone non si trattava di una terapia sostitutiva (in presenza di ipogonadismo, patologia in questo caso esclusa), ma di una terapia ormonale per la patologia (non-endocrinologica) del " transessualismo donna-uomo, in cura con trattamento ormonale per cambio di genere ", come indicato dal dr. \_\_\_\_\_, il quale pure aveva precisato che in ogni modo non vi erano delle incapacità lavorative dal punto di vista endocrinologico. Inoltre, circa la richiamata sindrome della stanchezza cronica, il \_\_\_\_\_ ha giustamente rimandato alla giurisprudenza del TF in materia e sottolineato che " in caso di patologie non oggettivabili, vanno valutati tanti altri fattori, che sono ben descritti e anche riportati nella perizia, perché la struttura peritale si basa appunto su questo e quindi se la sig.ra dice che sta tanto male, ma non ravvisiamo, ne stanchezza, ne disagio, ne rallentamento, questo è un segno che invece viene considerate come significativo per il Tribunale Federale. A tal proposito facciamo notare che tutti i periti che hanno visitato l'A., non hanno valutato la presenza di una sofferenza tale da giustificare un'incapacità lavorativa. Inoltre, bisogna anche prendere in considerazione un complesso di cose, fra cui il SIMS, la discrepanza tra le lamentele e la terapia che assume, infatti la signora descrive che ha un problema di dolori, ma non assume nulla per i dolori ." In merito il \_\_\_\_\_ fa pure rilevare che con la diagnosi di Chronic Fatigue Syndrome si scontrerebbe peraltro anche l'aspetto di iperattività nelle diagnosi psichiatriche. Del resto, le problematiche psichiatriche citate dalla ricorrente non trovano alcun riscontro in certificati medici, rilevato come dagli accertamenti esperiti essa risulta presentare un indice di tolleranza allo stress normale, con l'assunzione di un trattamento farmacologico banale, fatta eccezione per il testosterone assunto per il transessualismo, a conferma della presenza di patologie somatiche blande. Contrariamente a quanto da lei addotto, secondo i periti del \_\_\_\_\_, sulla base della valutazione seguita dal dr. \_\_\_\_\_, in assenza di un disturbo di personalità chiaro con disturbi estremizzanti a tratti narcisistici, disturbo di personalità mai diagnosticato nemmeno in passato, non può essere ammessa alcuna incapacità lavorativa. Del resto il \_\_\_\_\_ ha con pertinenza sottolineato la contraddittorietà di quanto attestato dal dr. \_\_\_\_\_, il quale ha certificato la presenza di sindrome da affaticamento cronico fin dal 2003 laddove tuttavia l'assicurata ha in seguito lavorato pure al 100%. Circa poi le critiche mosse ai test SIMS e MMPI, e alla mancata attestazione di una diagnosi psichiatrica invalidante, ricordato che per la giurisprudenza non sono le diagnosi che determinano l'incapacità lavorativa, ma i limiti funzionali che derivano dalle diagnosi andando valutata l'incapacità nella complessità del quadro clinico, va detto che al \_\_\_\_\_, e in particolare al perito medico psichiatra (piuttosto che allo psicologo), pertiene indiscutibilmente la competenza di una corretta valutazione e contestualizzazione degli esiti di tali esami psicologici. Ora, con motivazioni approfondite e frutto di un'attenta analisi del caso, il \_\_\_\_\_ ha ribadito che nella fattispecie a fronte di una diagnosi psichiatrica di F43.2, e non di F48.9, una limitazione della capacità lavorativa non poteva essere ammessa. Si rimanda a questo proposito a quanto compiutamente osservato dal dr. \_\_\_\_\_ nel complemento del 6 febbraio 2022 dianzi citato. Laddove infine viene censurata nuovamente la valutazione reumatologica, il \_\_\_\_\_ ha ribadito che la presenza di una tendenza al reumatismo delle parti molli, in relazione a dolori muscoloscheletrici a carattere diffuso, ma comunque in assenza di altra diagnosi organica, non poteva avere carattere invalidante. Come già ricordato, i periti hanno sottolineato come la muscolatura, pur essendo in parte incrementata dal testosterone, derivi anche dall'attività

sportina praticata. In definitiva, nel caso particolare nemmeno l'endocrinologo curante ha mai attestato incapacità, mentre che gli unici che certificano un'incapacità lavorativa sono il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, con diagnosi (ove indicate), però, che, per quanto detto sopra, non vengono supportate in altro modo. In sostanza, come osservato dall'UAI, quanto affermato dalla ricorrente, in particolare dove afferma la presenza di una patologia psichiatrica senza tuttavia che alcun curante ne abbia mai fatto menzione, dove nega il transessualismo, contrariamente a quanto ribadito dal curante, sostiene deficit cognitivi che nessun perito ha potuto evidenziare, si traduce in una critica soggettiva delle valutazioni peritali che per contro si basano su un attento e approfondito esame della situazione. Al terzo dettagliato e completo complemento peritale del \_\_\_\_\_, di ben 21 pagine, nel quale vengono affrontate singolarmente e con precisione le censure sollevate dalla curante, sulla base di ulteriori valutazioni degli specialisti che avevano già accuratamente valutato l'assicurata, questo Tribunale non può quindi che rinviare. Lo stesso permette di concludere per l'assenza di elementi nuovi che non siano stati adeguatamente esaminati nella perizia del 25 novembre 2020 o che in qualche modo possano validamente metterne in forse le conclusioni. 2.9.2. Né del resto l'ennesimo scritto dell'8 aprile 2022 della dr.ssa \_\_\_\_\_ permette di dipartirsi dalle conclusioni del \_\_\_\_\_. Con tale scritto la curante afferma quanto segue: " Seguo la sig.ra RI 1 dal 2007, per problemi inizialmente disfunzionali, con recupero, bensì lento, in seguito esiti di traumi sempre più invalidanti ad evoluzione cronica, oltretutto problematiche degenerative. La sig.ra RI 1 si trovava all'estero nel 2011 quando è stata riscontrata infezione da H1N1 e CFS. Ho ripreso a seguirla nel 2014, in concomitanza a ripetuti traumi come si evince dagli esami diagnostici effettuati, che hanno portato a fratture, contusioni e distorsioni con recupero sempre più difficoltoso. Con una conoscenza sempre più completa del funzionamento del sistema immunitario sono stati pubblicati numerosi studi sulla cronicizzazione di infezioni virali e sulla frequente inadeguatezza della risposta immunitaria. La sig.ra RI 1 ha assunto antiossidanti e farmaci nell'ambito della microimmunoterapia che inizialmente sono stati sufficienti per permettere alla paziente di confrontarsi con varie sfide lavorative. La risposta immunitaria viene influenzata da vari fattori, stress, alimentazione, traumi, ritmi circadiani... Secondo me i ripetuti traumi fisici e lo stress lavorativo oltretutto la distonia neurovegetativa pregressa diagnosticata dal Curante hanno portato ad un collasso psicofisico definitivo nel 2016. La sig.ra RI 1 è riuscita a lavorare spinta dal suo carattere dinamico e sportivo, sempre motivata a mettersi in gioco, ma nel 2016 ha definitivamente ceduto vinto dalle crescenti difficoltà di risposta psicofisica. Diversi studi hanno rilevato le correlazioni tra il sistema metabolico, immunitario, neuroendocrino e la psiche. Parlare di reumatismi delle parti molli è alquanto approssimativo. Gli innumerevoli esami di laboratorio ai quali la paziente si è sottoposta rilevano: - inadeguata risposta immunitaria con cronicizzazione di infezioni virali - deficit di ATP in mitocondriopatia oltre che alterazione di vari parametri rilevabili dagli esami ematochimici - sindrome da anticorpi antifosfolipici E chiaro che queste alterazioni influenzano la risposta riparativa a traumi, con recupero più difficoltoso oltretutto favorire processi degenerativi. Io non sono un'esperta di CFS, ma sono ormai noti i criteri diagnostici e di laboratorio stabiliti da esperti. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8161074/> Chiara la correlazione con infezioni virali croniche, chiara la risposta immunitaria inadeguata, è ormai conosciuta la correlazione tra inadeguata risposta immunitaria, infiammazione cronica di basso grado e flogosi cerebrale con problematiche oltre che di stanchezza e depressione, di scarsa resistenza psicofisica con malessere dopo sforzi anche minimi, disturbi del sonno,

rallentamento neuropsicomotorio. La gravità del quadro clinico dipende da diversi fattori, in più l'andamento varia da un quadro clinico stabile, ben gestibile, ad un graduale peggioramento ed in alcuni casi fortunati anche ad un miglioramento. Non è possibile esprimersi su una prognosi plausibile, ci sono troppe variabili. Bisognerebbe interpellare uno specialista di CFS per una corretta valutazione della paziente. I pazienti affetti da CFS come la sig.ra RI 1 vanno ascoltati e presi in carico a livello multidisciplinare. Sono presenti sufficienti elementi per giustificare una incapacità lavorativa.” (doc. XXII/1) Tale certificato, che peraltro nemmeno indica chiaramente in che misura l'assicurata sarebbe inabile al lavoro, non permette di concludere diversamente, non apportando alcun elemento nuovo e limitandosi in sostanza a ribadire quanto già affermato nel precedente certificato del 2 dicembre 2021, sul quale il \_\_\_\_\_ ha, come dianzi esposto, dettagliatamente preso posizione nel suo complemento del 17 febbraio 2022 (doc. XVIII/1). Né del resto il rapporto operatorio del 14 febbraio 2022 relativo al distacco della retina all'occhio destro (doc. E), che peraltro sembra essersi svolto senza problemi e che non attesta alcuna inabilità lavorativa, permette di concludere altrimenti. E questo a prescindere dal fatto che, richiamato il principio per cui per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), detta problematica sarebbe tuttavia insorta successivamente alla decisione contestata del 15 settembre 2021 e non potrebbe quindi trovare considerazione in questa sede, ma dovrebbe se del caso, ossia qualora dovesse causare un'inabilità lavorativa – fatto questo che sulla base del certificato prodotto non sembra il caso – essere valutata nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni che l'assicurata ha la facoltà di presentare. Le censure, nuovamente espresse negli scritti dell'8 aprile e 19 maggio 2022 (XXII e XXVI) della patrocinatrice della ricorrente, riferite in particolare alla mancata considerazione della diagnosi di miocondriopatia e CFS, si esauriscono sostanzialmente in una lista di pubblicazioni sull'argomento e, quindi, di allegazioni teoriche, ma nulla mutano alla valutazione del caso concreto. Valutazione di tale quadro patologico che per contro è stata effettuata attentamente, come detto, dal \_\_\_\_\_. Come già detto, in merito si sono espressi ripetutamente i periti e in particolare la dr.ssa \_\_\_\_\_. Nella perizia del \_\_\_\_\_ in effetti la specialista aveva rilevato che gli esami riguardanti il metabolismo ossidativocellulare mitocondriale effettuati in laboratorio non rientravano nei criteri classificativi internazionali della sindrome da stanchezza cronica CFS. Ha fatto notare che, fatta eccezione per i test necessari all'esclusione di altre condizioni patologiche, non esistono tutt'oggi test diagnostici per la CFS, a meno che non facciano parte di un protocollo di ricerca, ricordando che questi test sono comunque eseguiti a scopo di ricerca e non sono utili né per la diagnosi, né per il management terapeutico. La consulente ha pure sottolineato la difficoltà di inquadrare clinicamente il sintomo di stanchezza, “ sia per la soggettività dell'espressione sintomatologica, in quanto sintomo prevalentemente descrittivo e collegato al sistema auto-referenziale dell'individuo, che ne è affetto, sia per l'assenza di marcatori biologici o indagini strumentali ed esami clinici, che permettono di quantificarla”. Ha quindi ricordato che la sindrome di CFS è comunque una diagnosi di esclusione, restando in ogni modo numerose incertezze e aree grigie esistenti nella letteratura tra gli esperti per questa sindrome particolarmente complessa e spesso sfuggente ad un inquadramento rigido. Nel caso dell'assicurata, i dolori muscoloscheletrici a carattere diffuso, con alcuni tender points positivi e indicazioni funzionali, la portavano a porre la diagnosi di reumatismo delle parti molli o fibromialgia, senza tuttavia alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Ha pure precisato che sia la stanchezza cronica, che

la fibromialgia e il reumatismo delle parti molli condividevano sintomi soggettivi e riferiti comuni ad entrambe ed assenza di biomarkers specifici diagnostici. Tali conclusioni sono state confermate dalla specialista nella sua ulteriore presa di posizione del 9 marzo 2021 (doc. AI pag. 677). Nuovamente interpellata al riguardo, il 5 gennaio 2022, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha in merito fatto valere come segue: " In risposta al ricorso della Signora RI 1 confermo che non esistono esami di laboratorio o marcatori biologici o morfologici o altre metodiche specifiche validate da linee guida internazionali, in grado di diagnosticare questa patologia. Non è infatti chiaro se lo stress ossidativo dei processi autoimmuni possa essere utilizzato per supportare un modello di sviluppo della malattia. Si dice che lo stress ossidativo causi "disfunzione mitocondriale" nella CFS (Chronic Fatigue Syndrome). L'importanza dello stress ossidativo e, tra le altre cose, il disturbo mitocondriale correlato ha un ruolo nella fisiopatologia di numerose e differenti patologie (autoimmuni o neurodegenerative, fibromialgia), come per esempio nella malattia di Huntington svolgono un ruolo. I radicali metabolici possono senza dubbio causare danni cronici alle cellule nervose e muscolari, fino alla morte cellulare inclusa. Ma questo danno mitocondriale non spiega perché i pazienti affetti da CFS sperimentino "solo" stanchezza anormale e non sintomi di demenza, malattia del motoneurone o degenerazione muscolare. I processi autoimmuni sono anche usati ripetutamente per spiegare la CFS. Infatti, sintomi di stanchezza si possono osservare anche in diverse malattie infiammatorie, presumibilmente mediate da citochine e altri mediatori infiammatori. Tuttavia, le prove disponibili sono estremamente deboli sul fatto che ciò porti anche allo sviluppo di una CFS indipendente. Sono possibili alcune anomalie minori del sistema immunitario. Possono essere chiamate collettivamente disregolazione del sistema immunitario. Per questo non esistono esami di laboratorio o marcatori biologici o morfologici o altre metodiche specifiche validate da linee guida internazionali, in grado di diagnosticare questa patologia, ma solo studi sperimentali. In data 11.2.2017 il Dr. med. \_\_\_\_\_, descriveva una sindrome neurovegetativa migliorata dopo assunzione di Testoviron (1fl ogni 15 giorni) per cambio di genere per transessualismo donna-uomo (ICD-10 F64.0) dal 2014. La sindrome neurovegetativa descritta da Dr. \_\_\_\_\_, né tantomeno la sindrome da stanchezza cronica non rappresentano un' indicazione terapeutica né assoluta né relativa ( se non per motivi endocrinologici associati ad una diagnosticata disforia di genere e come prescritto da endocrinologo), né una giustificazione medica rimborsata da Cassa Malati per l'uso prolungato di testosterone per i noti gravi effetti collaterali sistemici ed in particolare endocrinologici nella fattispecie, se non per una precisa indicazione endocrinologica specifica di trattamento ormonale mirato da un'indicazione medica specifica; lo specialista endocrinologo comunque concludeva che non vi sono diagnosi dal punto di vista endocrinologico con ripercussioni sulla capacità lavorativa (rapporto medico del 20.3.2019 del Dr. med. \_\_\_\_\_ specialista endocrinologo, \_\_\_\_\_ (277-282). Dal punto di vista endocrinologico non vi sono controindicazioni per l'attività lavorativa. Non vi sono diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa. Diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa: transessualismo donna-uomo (ICD-10 F64.0) in cura con trattamento ormonale per cambio di genere. Da un punto di vista della capacità lavorativa la prognosi è buona e non vi sono incapacità lavorative dal punto di vista endocrinologico." (doc. XVIII/1 pag. 8) Sul tema della Chronic Fatigue Syndrome e del disturbo mitocondriale ripetutamente invocato dalla ricorrente, questo TCA rinvia quindi alle predette considerazioni espresse da un medico specialista, dopo attento e approfondito esame sia della problematica teorica che nella fattispecie concreta. Sia peraltro anche rilevato che il

\_\_\_\_\_, come detto, ha concluso che i disturbi lamentati dell'assicurata erano da lei parzialmente amplificati e non trovavano riscontro nei reperti organici oggettivabili, esclusa essendo quindi la presenza di una malattia sistemica (segnatamente di una fibromialgia invalidante). Né del resto le ripetute critiche mosse alla valutazione psichiatrica eseguita dal dr. \_\_\_\_\_, il quale si è espresso sulle condizioni dell'assicurata in ben tre occasioni senza modificare la sua presa di posizione, contengono elementi nuovi o sono suffragati da certificazioni di specialisti in psichiatria. La motivazione per cui l'assicurata sarebbe " al momento impossibilitata di sottoporsi a visita medica psichiatrica " (doc. XXVI) non apparendo né motivata né plausibile. Come detto, la perizia del \_\_\_\_\_ ha eseguito la sua valutazione sulla base di un approfondito esame delle condizioni dell'assicurata, avvalendosi della competente valutazione di ben sei specialisti nelle varie discipline interessate, formulando quindi una valutazione consensuale che ha tenuto conto della globalità delle affezioni di cui l'assicurata è portatrice (doc. AI pag. 379), non ha omesso di approfondire la severità e la persistenza dei disturbi psichiatrici, non tralasciando di precisare anche i motivi per i quali occorreva tuttavia negare ogni valenza invalidante. Richiamato il principio giurisprudenziale per cui 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

#### **E. 23**

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati; cfr. sopra al consid. 2.6), le differenti conclusioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ – che peraltro si definisce non esperta della problematica – non consentono, alla luce delle coerenti e convincenti argomentazioni del \_\_\_\_\_, di scostarsi dalle conclusioni tratte da quest'ultimo. 2.9.3. Occorre quindi concludere che l'assicurata non ha prodotto documentazione rilevante o fornito elementi che consentano in qualche modo a questo Tribunale di considerare inattendibili le conclusioni del \_\_\_\_\_ e del SMR e, quindi, dell'Ufficio AI, dalle cui conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata non è quindi possibile dipartirsi. Né del resto l'assicurata ha prodotto documentazione attestante un danno alla salute d'entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata (ribadito che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato; cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse

ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Del resto val la pena di nuovamente ribadire che le conclusioni del \_\_\_\_\_ sono stata avallate integralmente anche dal SMR (cfr. le Annotazioni del 27 novembre 2020, 14 settembre 2021 e 17 febbraio 2022; doc. AI pag. 600, 690, doc. XVIII/2). 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 del SMR, l'Ufficio AI 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). Alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene quindi elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione della decisione contestata (in concreto: il 15 settembre 2021) data che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti ), senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Considerato come la ricorrente non abbia apportato indizi concreti atti a minare l'affidabilità della perizia fatta eseguire dall'amministrazione, la sua richiesta di essere fatta oggetto di un nuovo accertamento medico, segnatamente nella forma di una perizia giudiziaria ad opera di “specialisti della CFS dell'ospedale universitario di \_\_\_\_\_”, va disattesa. Per gli stessi motivi non vi è motivo di rinviare gli atti all'amministrazione per accertamenti ulteriori. Occorre peraltro in questa sede nuovamente sottolineare come per la giurisprudenza il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell'ambito dell'esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell'esperto (cfr. STF 8C\_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie. Vanno respinte le allusioni relative a mancanza di obiettività da parte degli specialisti \_\_\_\_\_. Per i motivi già evocati al consid. 2.6.4 che precede, non vi sono motivi per dubitare della loro serietà e professionalità. Infine, circa la censura riguardante il fatto che i periti non si sarebbero consultati, il \_\_\_\_\_ ha ribadito correttamente che la giurisprudenza

prescrive che la teleconferenza deve essere eseguita in presenza di incapacità lavorativa attestata almeno da due periti, affinché venga stabilito se le incapacità lavorative vanno sommate o integrate, perché questa è una competenza squisitamente medica e non legale. (pag. 18). In effetti, a proposito della valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485; cfr. anche le STFA I 606/03 del 19 agosto 2005 e I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45). Nella fattispecie, richiamati questi principi giurisprudenziali, stante l'assenza di alcuna certificazione di inabilità da parte dei consulenti, non essendoci quindi da valutare la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, questo TCA conviene con il \_\_\_\_\_ circa la non necessità di una valutazione plenaria in teleconferenza tra i periti attenti a valutare in maniera globale le ripercussioni delle diverse patologie sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata. Questo a prescindere dal fatto che il \_\_\_\_\_ ha nondimeno dichiarato che i periti abbiano nondimeno discusso tra di loro in merito agli esiti degli esami eseguiti. Non esistono pertanto carenze procedurali, rilevato peraltro come al referto peritale (e ai successivi complementi) i periti interpellati abbiano regolarmente accluso le rispettive firme. Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia multidisciplinare del \_\_\_\_\_ del 25 novembre 2020 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.5) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e i complementi del 2 settembre 2021 e 17 febbraio 2022 e gli affidabili pareri del medico SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. STF I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.6) e richiamato pure il principio per cui l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma la conseguenza dei danni alla salute sulla capacità lavorativa (STF 9C\_49/2012 consid. 6), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che i disturbi accusati dall'assicurata non siano di entità tale da provocare limitazioni significative dal punto di vista funzionale e che l'assicurata, fatta eccezione per i periodi di inabilità lavorativa completa in ogni attività dal 14 agosto al 15 novembre 2018 e dal 23 luglio al 24 ottobre 2019, vada considerata abile in misura completa nell'attività abituale e in attività adeguate. 2.10. In assenza quindi di un'inabilità lavorativa e di una conseguente incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) di almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (art. 28 cpv. 1 LAI; cfr. sopra al consid. 2.3), a ragione con la decisione censurata l'Ufficio AI non ha riconosciuto alla ricorrente alcuna prestazione AI. Nella decisione contestata l'amministrazione ha inoltre a ragione osservato che non sarebbe comunque dovuta alcuna prestazione nemmeno volendo considerare le inabilità lavorative, di breve durata, ammesse dagli assicuratori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (inabilità del 100% dal 19 aprile 2016 al 27 giugno 2016, 50% dal 16 settembre al 27 ottobre 2016, 100% dal 27 ottobre al 19 novembre 2016, 50% dal 19 novembre 2016 al 5 dicembre 2016, 100% dal 5 dicembre 2016 al 1. gennaio 2017, 50% dal

1. gennaio al 1. marzo 2017 e in seguito dello 0%), considerato come non sarebbe in ogni caso assolta la condizione connessa all'anno d'incapacità lavorativa con una media almeno del 40% senza notevoli interruzioni e con una conseguente perdita di guadagno (doc. AI pag. 692). Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. All'assicurata va comunque fatto nuovamente presente che il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi 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 fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente, la quale ha tuttavia postulato l'assistenza giudiziaria gratuita con gratuito patrocinio. 2.12. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato che adempie per analogia le condizioni di iscrizione al registro ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 LLCA (cfr. STF 9C\_740/2016 del 31 gennaio 2017; STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008; STFA 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181). Nel caso concreto, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dai relativi documenti allegati risulta che la ricorrente, nubile e senza attività lucrativa, percepisce delle prestazioni dall'assistenza sociale (V). L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un rappresentante legale appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere considerato privo di fondamento. D'altro canto, essendo l'avv. \_\_\_\_\_, la quale risulta iscritta all'albo degli avvocati del Canton \_\_\_\_\_ (cfr. Anwalts- und Notariatsregister consultabile online su <https://www.belogin.directories.be.ch/eanr/publication/ui/search>), impiegata presso un'associazione senza fine economico ai sensi degli art. 60segg CCS e assimilabile ad un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica (cfr. art. 1 degli Statuti della RA 1, reperibili sul sito, secondo cui "RA 1 bezweckt als Selbsthilfeorganisation die

Wahrung, Förderung und Durchsetzung der Interessen von Menschen mit Behinderung in sozialer, wirtschaftlicher, beruflicher, rechtlicher und gesellschaftlicher Hinsicht” ; cfr. \_\_\_\_\_ ) ed essendo quindi intervenuta nella presente procedura a nome e per conto della RA 1 (cfr. procura agli atti quale doc. A), i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata appaiono adempiuti (cfr. DTF 132 V 200 consid. 5.1.3 con riferimenti; cfr. anche STF 8C\_78/2019 del 10 aprile 2019 consid. 7.1 e 7.2). Il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA I 569/02 del 15 luglio 2003 consid. 5; U 234/00 del 23 maggio 2002 consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Inoltre la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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