

## TI\_GERICHTE 32.2025.33 vom 20. Februar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-02-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2025.33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.33)

FR: TI\_GERICHTE 32.2025.33 du 20 février 2025

IT: TI\_GERICHTE 32.2025.33 del 20 febbraio 2025

### Erwägungen

#### E. 39

cpv. 1 LPGA, applicabile anche nella procedura ricorsuale a seguito del rinvio di cui all'art. 60 cpv. 2 LPGA).

Secondo la giurisprudenza, l'onere della prova dell'avvenuta notifica di una decisione incombe all'autorità amministrativa (DTF 115 V 113 con riferimenti). Qualora la notifica o la relativa data siano contestate, in caso di dubbio fa stato la versione fornita dal destinatario (DTF 103 V 66 consid. 2a).

Nel caso in esame, l'insorgente sostiene di aver ricevuto la decisione 20 febbraio 2025, inviata per posta semplice (doc. IV), lunedì 24 febbraio 2025, sicché il termine di 30 giorni per inoltrare ricorso è scaduto il 26 marzo 2025, da cui la tempestività del ricorso.

Con la risposta di causa, l'Ufficio AI ha fatto presente di non essere in grado di accertare la data di ricezione da parte dell'assicurata della decisione contestata, perché inviata per posta semplice e di non avere ragioni per ritenere il ricorso tardivo (doc. IV).

Siccome non vi sono motivi per dubitare della versione della ricorrente, la decisione contestata è da ritenere notificata lunedì 24 febbraio 2025, motivo per cui il termine ricorsuale di 30 giorni dalla notifica del provvedimento impugnato (art. 60 cpv. 1 LPGA) è decorso dal 25 febbraio 2025 (art. 38 cpv. 1 LPGA) ed è giunto a scadenza il 26 marzo 2025, giorno della consegna all'ufficio postale.

Ne consegue che il ricorso è tempestivo.

nel merito

2.4. Per quanto concerne l'aspetto medico, va rammentato che 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 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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).

In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti.

Le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione, 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, consid. 5.3).

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).

2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98).

Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della resistenza alle terapie come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali

di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017).

Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2).

In DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

In una sentenza pubblicata in DTF 148 V 49 il Tribunale federale ha stabilito che un disturbo depressivo di grado leggero fino a medio senza interferenza notevole con una comorbidità psichiatrica non può essere generalmente definita come una malattia psichica grave. Se al riguardo dovesse esserci inoltre un potenziale terapeutico significativo, ne risulta che è messo in discussione in modo particolare anche il carattere durevole del danno alla salute. In tale eventualità devono essere adempiute importanti ragioni perché si possa concludere comunque a una malattia invalidante. Se, in questa costellazione, gli specialisti in psichiatria attestano senza spiegazione concludente (eventualmente in seguito a una domanda) una diminuzione considerevole della capacità lavorativa malgrado l'assenza di un disturbo psichico grave, l'assicuratore o il tribunale dispongono di un motivo per negare la valenza giuridica alla valutazione medico-psichiatrica dell'impatto (consid. 6.2.2).

2.6. In concreto la ricorrente contesta la presa in considerazione dei referti medici allestiti su richiesta dell'assicuratore malattie privato \_\_\_\_\_, segnatamente i rapporti del dr. med. \_\_\_\_\_ del 19 dicembre 2023 e del dr. med. \_\_\_\_\_ del 28 agosto 2023, poiché redatti nell'ambito della domanda di indennità giornaliera per la perdita di guadagno rette dal diritto privato, che seguirebbe altre regole rispetto a quelle previste dal diritto pubblico.

Preliminarmente va rammentato che in una sentenza 9C\_452/2023 del 24 gennaio 2024 (cfr. anche la STF 8C\_794/2023 del 4 ottobre 2024 = SVR 2025, IV n. 17) il Tribunale federale ha dovuto esaminare il ricorso di un'assicurata che contestava l'utilizzo, da parte dell'Ufficio AI e del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Berna di una perizia allestita da un assicuratore malattie privato nell'ambito del diritto privato (LCA) e sosteneva che in applicazione del principio inquisitorio di cui agli art. 43 cpv. 1 LPGA e 61 lett. c LPGA non avrebbero potuto far capo a tale referto (Zum einen macht die Beschwerdeführerin auch letztinstanzlich geltend, Beschwerdegegnerin und kantonales Gericht hätten im Rahmen ihrer Abklärungs- und Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 respektive Art. 61 lit. c ATSG nicht auf das vom Krankentaggeldversicherer auf privatrechtlicher Grundlage nach VVG eingeholte Gutachten der SMAB AG abstellen dürfen).

Il Tribunale federale, al consid. 5.2.1., ha affermato che una perizia allestita per conto di un assicuratore malattie senza seguire la procedura di cui all'art. 44 LPGA non ne inficia il suo valore probatorio (Dem ist mit der Vorinstanz entgegenzuhalten, dass der Umstand, wonach ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers - und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG (vgl. dazu BGE 141 V 330 E. 3.2; 137 V 210 E. 3.4.2.9) - erstellt wurde, praxisgemäss nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung spricht). Non è infatti obbligatorio un accertamento medico fondato sull'art. 44 LPGA (Einer zwingenden medizinischen Beurteilung nach den Grundsätzen von Art.

#### **E. 44**

ATSG, wie von der Beschwerdeführerin moniert, bedarf es daher nicht).

Tuttavia la valutazione delle prove è soggetta a requisiti rigorosi. Se sussistono anche solo minimi dubbi circa l'affidabilità e la validità di una tale perizia occorre procedere con degli accertamenti supplementari, come per i rapporti interni dei medici alle dipendenze di un assicuratore (Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und

Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind, wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen). Una perizia allestita per conto di un assicuratore malattie privato non dispone pertanto della medesima forza probatoria di una perizia giudiziaria o di una perizia eseguita nell'ambito della procedura di cui all'art. 44 LPG (Einem "Fremdgutachten" kommt somit nicht von vornherein dieselbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Expertise unabhängiger Sachverständiger (Urteile 9C\_89/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.2, 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.2, je mit Hinweisen)).

Al consid. 5.2.2. Il Tribunale federale ha esaminato il caso concreto. Il Tribunale federale ha affermato, in merito ai diritti di partecipazione di cui all'art. 44 LPG (peraltro non direttamente applicabile), che la ricorrente sia dopo il progetto di decisione, che in sede di ricorso, ha avuto sufficienti opportunità per prendere posizione sul referto dell'assicuratore malattie. Tuttavia non ha sollevato motivi di ricusa nei confronti dei periti, né ha posto ulteriori quesiti ai quali avrebbero dovuto rispondere gli specialisti. Per il Tribunale federale, neppure il fatto che il referto psichiatrico non conteneva indicazioni scritte dettagliate sui test effettuati poteva inficiarne il valore probatorio (In Bezug auf die angerufenen - nach dem Ausgeführten gerade nicht unmittelbar anwendbaren - Gehörs- und Partizipationsrechte gemäss Art. 44 ATSG ist sodann darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin sowohl im Vorbescheid- als auch im kantonalen Beschwerdeverfahren ausreichend Gelegenheit hatte, sich zum betreffenden PMEDA-Gutachten zu äussern. Weder formulierte sie jedoch konkrete Ergänzungsfragen, welche den Experten ihrer Ansicht nach hätten gestellt werden müssen, noch trug sie im Einzelnen personenbezogene Einwände gegen die Gutachter vor. Ebenso wenig spricht in diesem Zusammenhang gegen die Beweistauglichkeit der gutachtlichen Erläuterungen, dass diesen, namentlich den psychiatrischen Ausführungen, keine detaillierten schriftlichen Aufzeichnungen über die Ergebnisse der durchgeführten Tests beigelegt wurden. Wie im angefochtenen Urteil unter Hinweis auf die Rechtsprechung (vgl. u.a. Urteil 8C\_292/2022 vom 9. Februar 2023 E. 5.2) zutreffend erwogen wurde, besteht grundsätzlich kein entsprechender Anspruch. Gründe, dass dennoch Einsicht in die diesbezüglichen Unterlagen hätte gewährt werden sollen, sind weder erkennbar noch rechtsgenügend dargetan (vgl. auch E. 6.2.1 hiernach). Gleiches gilt in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin monierten Tonaufnahmen. Der per 1. Januar 2022 neu in Kraft gesetzte Art. 44 Abs. 6 ATSG, wonach die Interviews zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen in Form von Tonaufnahmen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen werden, sofern die versicherte Person es nicht anders bestimmt, findet einzig auf nach dieser Bestimmung verfasste Expertisen Anwendung).

Il Tribunale federale ha confermato, al consid. 5.3, il valore probatorio della perizia e del suo complemento (Es sprechen mithin keine formellen Aspekte gegen die Beweiskraft des Gutachtens der SMAB AG vom 3. Oktober 2022 (samt Ergänzung vom 15. November 2022)) ed al consid. 6 ha esaminato nel dettaglio le critiche al referto, respingendo infine il ricorso, non essendoci neppure il minimo dubbio in merito alle conclusioni della perizia privata.

Tornando al caso di specie, l'insorgente non ha sollevato alcun motivo di ricusa nei confronti dei dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_, nè ha indicato eventuali quesiti supplementari da sottoporre loro, ma ha contestato il contenuto dei referti allestiti

dall'assicuratore malattie.

Va di conseguenza esaminato se le critiche possono sollevare anche solo un minimo dubbio circa il valore probatorio dei rapporti redatti dagli specialisti incaricati da \_\_\_\_\_ di esaminare la capacità lavorativa della ricorrente.

2.7. In concreto, alla luce delle patologie fatte valere dalla ricorrente, l'Ufficio AI ha richiamato dall'assicuratore \_\_\_\_\_ i referti allestiti su sua richiesta nell'ambito della domanda di indennità giornaliera per malattia.

Dalle tavole processuali emerge che il 2 dicembre 2022 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina interna, incaricato da \_\_\_\_\_ di effettuare un esame della ricorrente, dopo averla visitata il 29 novembre 2022, ha posto la diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica su discopatia grave L4-L5 in stato dopo intervento il 06.10.2020 con discectomia parziale L4-L5 per ernia discale espulsa, sindrome depressiva e tendenza a sindrome fibromialgica ed ha confermato una completa incapacità lavorativa fino al 30 novembre 2022, con ripresa, salvo complicazioni, dapprima al 50% dal 1° dicembre 2022 ed in seguito in maniera completa (pag. 369-371 incarto AI).

Il 15 maggio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver preso atto dei nuovi rapporti medici prodotti dall'assicurata, che la ritengono inabile al lavoro al 100%, descritta l'anamnesi e posta la nota diagnosi, ha concluso affermando che nell'attività di cameriera ai piani, addetta alle pulizie, attività che svolge da 14 anni per l'attuale datore di lavoro, va considerata incapace al lavoro in misura completa, verosimilmente in forma duratura (pag. 380 incarto AI).

Il 15 giugno 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, ha evidenziato che i disturbi si intrecciano comunque anche con una sindrome funzione del dolore (sindrome fibromialgica), anche se una diagnosi di certezza in tal senso non posso farla (non disponendo di alcun esame di laboratorio), dato che si tratta di una diagnosi per esclusione (pag. 387 incarto AI).

Il 17 giugno 2023 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, posta la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F33.1) e sindrome ansiosa generalizzata (ICD-10 F41.1), ha certificato una completa incapacità lavorativa dall'8 febbraio 2023 al 19 luglio 2023, quando sarebbe stata rivalutata (pag. 390 incarto AI).

Il 23 agosto 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha visitato la ricorrente su richiesta dell'assicuratore \_\_\_\_\_. Descritta la situazione attuale ed il decorso, l'anamnesi medica e sociale e l'esame clinico e posta la diagnosi di lieve sintomatologia ansiosa-depressiva, reattiva alla sintomatologia algica legata alla sindrome lombovertebrale (F43.22), ha affermato che dal profilo medico-psichiatrico, in base alle risultanze del mio esame clinico odierno, posso affermare che al momento attuale non sussiste un disturbo affettivo di entità media o grave che di per sé potrebbe giustificare un'incapacità lavorativa parziale o completa. In altre parole, in un'attività lavorativa confacente, tenendo presenti le limitazioni dal profilo neurochirurgico/reumatologico, l'assicurata può essere considerata abile nella misura massima possibile (pag. 398 incarto AI).

Il 18 settembre 2023 il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, ha posto la diagnosi di sindrome lombo-spondilogenica cronica, osteoporosi, episodio ansioso

depressivo e fibromialgia ed ha confermato la completa incapacità lavorativa della ricorrente (pag. 399-400 incarto AI).

Il 19 dicembre 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina interna, incaricato da \_\_\_\_\_, ha visitato l'assicurata e, descritta l'anamnesi, ha posto la diagnosi di sindrome lombo-spondilogenica cronica con sindrome lombovertebrale in esiti di cura chirurgica per ernia discale L4-L5, sindrome fibromiologica, osteoporosi. Circa la capacità lavorativa ha affermato:

Il 20 febbraio 2024 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ha preso posizione sul rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_, affermando che manca l'ultima parte inerente alla problematica internistica relata all'ipertensione e all'ipercalcemia, problematica che è probabilmente la causa che ha generato l'osteoporosi e quindi la frattura alla limitante superiore della vertebra L5 ed ha allegato il rapporto del Servizio di Nefrologia \_\_\_\_\_ del 15 gennaio 2024 (doc. C/A).

Nel citato referto il dr. med. \_\_\_\_\_, caposervizio e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico ospedaliero capoclinica, hanno posto anche le diagnosi principali di ipercalcemia di verosimile origine idiopatica, osteoporosi, ipertensione arteriosa di grado I di recente riscontro, oltre a spondilo-artropatia degenerativa L4/L5 con faccettopatia, discopatia con stenosi recessuale e piccole ernie discali L4/L5 sinistra, tabagismo cronico attivo, depressione reattiva, trattata da 2 anni, stato dopo cistiti semplici recidivanti. I medici hanno indicato all'interessata la terapia da assumere, ma non si sono espressi in merito alla sua capacità lavorativa (doc. B).

Chiamato ad esprimersi in merito, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che gli accertamenti effettuati presso il Servizio di nefrologia \_\_\_\_\_ in dicembre 2023 non apportano nuovi elementi tali da modificare la mia valutazione del 19.12.2023. In particolare, l'ipercalcemia e l'ipertensione arteriosa non sono influenti sulla capacità lavorativa. Le altre diagnosi sono state da me tenute in considerazione per la valutazione della capacità lavorativa. Confermo la mia valutazione del 19.12.2023, che mantiene tutta la sua piena validità (doc. D).

Il 29 febbraio 2024 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha redatto il rapporto finale (pag. 175 e seguenti incarto AI). Il medico ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombo-spondilogenica cronica con sindrome lombo-vertebrale in esiti di cura chirurgica per ernia discale L4-L5 e la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di lieve sintomatologia ansiosa depressiva, reattiva alla sintomatologia algica legata alla sindrome lombo-vertebrale (ICD10: F43.22), sindrome fibromiologica e osteoporosi. Il medico SMR ha indicato quali limitazioni un carico massimo di 5 kg, l'alternanza della postura al bisogno e la necessità di pause supplementari. Quali ulteriori limiti e/o risorse ha indicato: deve trattarsi di un lavoro leggero e variato, che permetta di alternare le posizioni seduta e eretta senza necessità di mantenere la posizione seduta prolungata per oltre un'ora e la posizione eretta prolungata per oltre mezz'ora, senza necessità di assumere posizioni non ergonomiche per la schiena e senza necessità di movimentare in modo ripetuto carichi superiori ai 5 kg e occasionalmente fino a 10 kg, mai sopra i 10 kg.

Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha stabilito che l'interessata è inabile al lavoro al 100% nella sua precedente attività, dal 13 settembre 2022. In attività leggere e confacenti al suo stato di salute l'insorgente è stata giudicata completamente inabile al lavoro dal 13 settembre 2022

al 18 dicembre 2023, inabile al 50% dal 19 dicembre 2023 al 18 gennaio 2024 e completamente abile al lavoro dal 19 gennaio 2024. Quale attività abituale è stata indicata quella di cameriera.

Il 23 aprile 2024 il consulente AI, ripresi i dati forniti dal dr. med. \_\_\_\_\_, ha affermato che ■come da perizia sono esigibili attività leggere e variate, che non comportino il mantenimento della stessa postura troppo a lungo, e il sollevamento di pesi, come potrebbero essere attività di ausiliaria nell'ambito della vendita, operaia ausiliaria in lavori leggeri non qualificati (confezionatura, imballaggio). Le suddette professioni sono sufficientemente presenti sul territorio ( )■ (pag. 181 incarto AI).

Il 3 dicembre 2024 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, posta la diagnosi di fibromialgia, sindrome lombovertebrale cronica, osteoporosi densitometrica, sindrome ansiosa depressiva, ha evidenziato che l'interessata è ■stata seguita in ambito psichiatrico fino al 2023 e poi ha interrotto la presa a carico poiché stava bene■. Lo specialista ha aggiunto:

Il 31 dicembre 2024 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ si è riconfermato nella sua valutazione affermando che il rapporto del dr. med. \_\_\_\_\_ non descrive fatti nuovi emersi dopo il mese di maggio 2024 né si esprime in termini di capacità lavorativa (pag. 263 incarto AI).

2.8. Questo Tribunale, alla luce della documentazione medica agli atti, per i motivi che seguono, deve confermare le conclusioni dell'Ufficio AI secondo cui la ricorrente, completamente inabile al lavoro nella sua precedente attività, può svolgere in maniera completa dal 19 gennaio 2024 un'attività leggera e confacente al suo stato di salute.

La valutazione dell'amministrazione si fonda su un esame accurato ed approfondito degli atti medici acquisiti e richiamati dall'assicuratore malattie privato e la documentazione prodotta dall'insorgente non è atta a sollevare neppure il minimo dubbio in merito alle convincenti conclusioni dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, confermate dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_.

2.8.1. Per quanto concerne le patologie somatiche, la ricorrente contesta il referto del 19 dicembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, il quale, riassunta l'anamnesi e posta la diagnosi di sindrome lombo-spondilogenica cronica con sindrome lombovertebrale in esiti di cura chirurgica per ernia discale L4-L5, sindrome fibromialgica e osteoporosi, ha ritenuto l'insorgente completamente inabile quale cameriera ai piani e abile al lavoro dapprima al 50% ed in seguito al 100% in attività leggere e confacenti al suo stato di salute, con le limitazioni ivi descritte.

Ella sostiene che la patologia osteoporotica non sarebbe stata sufficientemente indagata e cita a questo proposito la presa di posizione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina fisica e di riabilitazione, del 20 febbraio 2024, che ha affermato di aver visto■che le informazioni mediche sono state trasmesse quasi completamente, manca l'ultima parte inerente alla problematica internistica e relata all'ipertensione e all'ipercalciuria che è probabilmente la causa che ha generato l'osteoporosi e la frattura limitante superiore della vertebra L5■e che faceva riferimento al rapporto del Servizio di nefrologia \_\_\_\_\_ del 15 gennaio 2024.

Dalle tavole processuali emerge tuttavia che l'assicuratore malattie ha ricevuto e sottoposto la citata documentazione al dr. med. \_\_\_\_\_, il quale l'ha esaminata ed ha

concluso che l'ipertensione e l'ipercalcemia non influiscono sulla capacità lavorativa dell'assicurata (doc. D, riprodotto al consid. 2.7).

Del resto la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non sostiene che tali patologie incidono sull'abilità lavorativa della ricorrente, ma ha semplicemente affermato che nel referto del dr. med. \_\_\_\_\_ mancava l'ultima parte inerente alla problematica internistica e relativa all'ipertensione e all'ipercalcemia che gli è poi stata sottoposta per una presa di posizione.

Va poi aggiunto che oggetto della procedura non è quello di determinare le cause/origini delle patologie (manca l'ultima parte inerente alla problematica internistica e relativa all'ipertensione e all'ipercalcemia che è probabilmente la causa che ha generato l'osteoporosi e la frattura limitante superiore della vertebra L5), ma di stabilire se esse hanno un'influenza sulla capacità lavorativa della ricorrente o sui suoi limiti funzionali. Ciò che, come visto, è stato escluso dal dr. med. \_\_\_\_\_.

Non è di maggiore aiuto il rapporto del 15 gennaio 2024 del Servizio di nefrologia \_\_\_\_\_, anch'esso sottoposto al dr. med. \_\_\_\_\_, giacché nel medesimo figurano le diagnosi già prese in considerazione, l'anamnesi della ricorrente, la valutazione dello stato di salute dell'interessata e la descrizione della terapia domiciliare. Non viene invece espresso alcun parere in merito ad un'eventuale incapacità lavorativa della ricorrente o a limitazioni funzionali nell'ambito di un'attività lavorativa.

Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalle valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha esaminato tutte le patologie di cui è affetta la ricorrente, compresa l'osteoporosi.

2.8.2. Relativamente alla patologia psichica, il 23 agosto 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha visitato l'assicurata e dopo aver esaminato nel dettaglio gli atti messi a disposizione, descritta l'anamnesi medica e sociale ed effettuati i necessari esami clinici, ha posto la diagnosi di lieve sintomatologia ansiosa-depressiva, reattiva alla sintomatologia algica legata alla sindrome lombovertebrale (F43.22) ed ha escluso qualsiasi inabilità lavorativa, ritenendo che in un'attività lavorativa confacente, tenendo presenti le limitazioni dal profilo neurochirurgico/reumatologico, l'insorgente può essere considerata abile nella misura massima possibile. Le conclusioni sono state discusse e concordate con l'assicurata.

Dall'esame clinico della ricorrente è emerso che l'interessata è curata nell'abbigliamento e nella persona, perfettamente orientata nelle coordinate temporo-spaziali. Atteggiamento collaborante, appare cordiale, ben disposta al colloquio, con mimica e gestica vivaci. Espressione spesso sorridente, non si nota alcun segno depressivo di rilevanza clinica, in particolare nessun segno depressivo di natura melanconica, non segni di rallentamento psicomotorio o di appiattimento affettivo/emotivo, non sensi di colpa o di rimorso. Persona certamente volenterosa e disposta a riprendere da subito un'attività più leggera. Le funzioni cognitive non evidenziano alterazioni nel corso del colloquio, in particolare non si notano deficit clinicamente rilevanti per quanto concerne le facoltà attentive o concentrative. Spinta vitale conservata, non maggiori segni di anedonia o di ritiro sociale.

L'insorgente non ha prodotto documentazione medica specialistica in ambito psichiatrico successiva alla visita presso il dr. med. \_\_\_\_\_, atta a far dubitare delle sue conclusioni, contenute in un referto motivato, convincente e che soddisfa i requisiti posti

dalla giurisprudenza per attribuirgli pieno valore probante.

Agli atti vi è, segnatamente, un rapporto del 18 settembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, e dunque non esperto in psichiatria, che si limita a rilevare la presenza di un episodio ansioso depressivo necessitante il supporto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia ed il referto del 3 dicembre 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, che, pur indicando la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva, la presenza di un morale piuttosto basso, di ansia e di disturbi del sonno trattati con farmaci specifici, ha precisato che l'insorgente è stata seguita in ambito psichiatrico fino al 2023 e poi ha interrotto la presa a carico poiché stava bene.

Il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_, peraltro non esperti in psichiatria, pongono in sostanza la medesima diagnosi del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale tuttavia, quale specialista nell'ambito in discussione, ha potuto escludere qualsiasi incidenza della patologia sulla capacità lavorativa della ricorrente. Tant'è che la stessa assicurata nel corso del 2023 ha cessato la presa a carico psichiatrica presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e nelle more amministrative e processuali non ha prodotto alcun referto della sua curante, anch'ella specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, atto a smentire le valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_, sulle cui conclusioni non vi è pertanto dubbio alcuno.

2.8.3. Circa la fibromialgia, la ricorrente cita il referto del 3 dicembre 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, che descriverebbe uno stato di salute psicofisico globale maggiormente compromesso rispetto a quanto ritengono il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_.

Il dr. med. \_\_\_\_\_, tuttavia non si è espresso in merito alla capacità lavorativa della ricorrente, ma dopo un esame approfondito, ha confermato la diagnosi di fibromialgia, peraltro già presa in considerazione dal dr. med. \_\_\_\_\_ e dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, quale malattia senza influenza sulla capacità lavorativa. Oltre ad una terapia medicamentosa, lo specialista ha proposto all'insorgente di continuare ad effettuare la fisioterapia di tipo attivo, che stava già seguendo una volta alla settimana presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, nonché di riprendere un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale.

Dal referto non emerge alcun elemento medico oggettivo atto a mettere in dubbio le conclusioni dei medici incaricati da \_\_\_\_\_ di esaminare la capacità lavorativa della ricorrente, né di un peggioramento dello stato di salute con incidenza sulla capacità lavorativa dell'interessata, come rilevato anche dal dr. med. \_\_\_\_\_ nell'annotazione del 31 dicembre 2024.

Non vi è pertanto alcun motivo per procedere con un approfondimento in relazione a tale patologia.

2.8.4. Questo Tribunale non ha neppure nessun motivo per scostarsi dai limiti funzionali posti dal medico SMR sulla base della valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_ (deve trattarsi di un lavoro leggero e variato, che permetta di alternare le posizioni seduta e eretta senza necessità di mantenere la posizione seduta prolungata per oltre un'ora e la posizione eretta prolungata per oltre mezz'ora, senza necessità di assumere posizioni non ergonomiche per la schiena e senza necessità di movimentare in modo ripetuto carichi superiori ai 5 kg e occasionalmente fino a 10 kg, mai sopra i 10 kg).

Nella misura in cui l'insorgente sostiene che occorre tenere in considerazione che la patologia osteoporotica potrebbe portare ad un peggioramento della struttura fisica, con

aumento delle limitazioni funzionali, va rammentato che oggetto del contendere è la situazione al momento dell'emissione della decisione impugnata (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pag. 411; STF 9C\_241/2022 del 30 giugno 2022; STF 8C\_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C\_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C\_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti).

La ricorrente sostiene inoltre che i limiti di carico di 5 o 10 kg non sarebbero realistici poiché non è riuscita a sollevare un sacco di patate di 2.5 kg o a prendere in braccio la nipotina. Ella non apporta tuttavia alcuna prova in tal senso.

In assenza di documentazione medica atta a smentire quanto accertato dai medici che sono intervenuti nel corso della procedura amministrativa, non vi è alcun motivo per mettere in dubbio le loro conclusioni relative possibilità per la ricorrente di alzare pesi fino a 5 kg, al massimo fino a 10 kg.

A questo proposito il rapporto SMR non può essere considerato contraddittorio laddove indica un limite di carico massimo di 5 kg e dall'altro ammette occasionalmente carichi fino a 10 kg. Il medico SMR ha infatti spiegato che ciò va inteso nel senso che deve trattarsi di un'attività senza necessità di movimentare in modo ripetuto carichi superiori ai 5 kg occasionalmente fino a 10 kg (sottolineature del redattore).

2.8.5. L'assicurata contesta inoltre l'affermazione del dr. med. \_\_\_\_\_ secondo cui l'insorgente sarebbe stata pienamente abile al lavoro in un'attività adatta dopo un'introduzione di 4 settimane.

Il medico SMR ha confermato, nella valutazione finale, che l'interessata va considerata capace al lavoro al 50% dal 19 dicembre 2023 (data del referto del dr. med. \_\_\_\_\_), ed al 100% dal 19 gennaio 2024 (4 settimane dopo).

Ciò deriva dal fatto che, come si vedrà meglio in seguito (cfr. consid. 2.9), la ricorrente è stata giudicata completamente abile al lavoro in attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio.

La valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, ripresa dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, è pertanto corretta.

2.8.6. L'insorgente censura anche l'indicazione errata dell'attività abituale da lei svolta (cameriera) in luogo di quella effettivamente esercitata (cameriera ai piani), contenuta nel rapporto finale SMR del 29 febbraio 2024, ripresa dal consulente in integrazione professionale e nella decisione impugnata.

Questo errore, deplorabile, in quanto ripreso nella decisione impugnata malgrado sia stato evidenziato già in sede di osservazioni al progetto di decisione, non modifica l'esito della procedura.

Da una parte, sia il dr. med. \_\_\_\_\_ che il dr. med. \_\_\_\_\_ hanno considerato la professione corretta nelle loro valutazioni.

D'altra parte l'Ufficio AI ha stabilito che nell'attività abituale la ricorrente è completamente inabile al lavoro. Per cui determinante è unicamente la capacità lavorativa in attività adatta.

Il caso si scosta da quello di cui alla STCA 32.2019.33 del 23 gennaio 2020 al quale si riferisce l'assicurata.

In quell'occasione lo stesso Ufficio AI aveva chiesto al Tribunale di accogliere il ricorso e rinviargli gli atti per procedere con ulteriori accertamenti, tra cui una perizia psichiatrica di decorso, sulla base della documentazione medica presentata.

In quel caso l'errore nella descrizione dell'attività abituale (l'insorgente era erroneamente stata considerata estetista/impiegata d'ufficio, anziché, terapeuta complementare/massaggiatrice) era importante poiché occorre stabilire la capacità lavorativa residua nell'attività abituale e l'errore era stato commesso dai periti stessi (cfr. consid. 2.5).

2.8.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto non vi è alcun motivo per scostarsi dalle valutazioni dei medici di \_\_\_\_\_, fatte proprie dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_.

I servizi interni dell'SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. L'SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C\_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

Una valutazione sulla base dei soli atti medici (Aktengutachten) senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se, come nel caso di specie, si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C\_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C\_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C\_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4).

2.9. L'insorgente contesta le attività adeguate indicate dall'amministrazione (ausiliaria nell'ambito della vendita, operaia ausiliaria nell'ambito della confezionatura e dell'imballaggio) poiché non divergono sostanzialmente dall'attività di cameriera ai piani per quanto concerne la necessità di stare in piedi a lungo, di assumere posizioni non ergonomiche o di sollevare saltuariamente pesi, anche solo tra i 5 e i 10 kg. Ella sostiene inoltre che non si tratta di attività variate, bensì ripetitive.

Preliminarmente va evidenziato come le professioni indicate dall'Ufficio AI, lo siano state solo a titolo esemplificativo e non esaustivo. Nella decisione impugnata figura infatti che sono esigibili attività leggere e variate, che non comportino il mantenimento della stessa postura troppo a lungo e il sollevamento di pesi, come potrebbero essere attività di ausiliaria nell'ambito della vendita, operaia ausiliaria in lavori leggeri non qualificati (confezionatura, imballaggio) (sottolineatura del redattore).

In secondo luogo va sottolineato che per lavoro variato, si intende la possibilità di alternare le posizioni eretta e seduta, senza necessità di mantenere la posizione seduta prolungata per

oltre un'ora e la posizione eretta prolungata per oltre mezz'ora. La ripetitività del lavoro non impedisce alla medesima attività di essere variata nel senso inteso dal medico e dal consulente in integrazione.

A proposito delle attività leggere, va rammentato che per giurisprudenza costante, all'assicurato può essere richiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori di attività accessibili a lavoratori non qualificati, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza, fisicamente assai leggere, che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura (cfr. sentenza 32.2013.75 del 28 gennaio 2014 e sentenza 32.2011.143 del 21 novembre 2011).

Occorre ricordare che il concetto di invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C\_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c).

Secondo la giurisprudenza, se è vero che 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 (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7).

Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b).

In concreto questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie nel mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni fisicamente assai leggere, che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di

confezione prodotti, di controllo, ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura, che la ricorrente nonostante i disturbi che la interessano, sarebbe in grado di esercitare in maniera completa, senza la necessità di provvedimenti professionali (cfr. anche sentenza 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.2 e seguenti, cfr. sentenza 32.2014.21 dell'11 febbraio 2015).

Alla luce della suenunciata giurisprudenza questo Tribunale non ha motivo per sovvertire le valutazioni dell'Ufficio AI.

2.10. In queste condizioni, sulla base della documentazione medica agli atti, questo Tribunale deve confermare la valutazione del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, secondo cui l'insorgente, inabile al lavoro nella propria attività di cameriera ai piani dal 13 settembre 2022, può svolgere un'attività leggera e adatta al suo stato di salute, con le limitazioni descritte il 29 febbraio 2024, nella misura del 50% dal 19 dicembre 2023 ed in maniera completa dal 19 gennaio 2024.

2.11. La ricorrente contesta infine il reddito da invalida, poiché l'Ufficio AI ha preso in considerazione le attività semplici eripetitive, allorché l'insorgente deve eseguire attività semplici evariatee per la riduzione di solo il 10% del reddito da invalida.

L'art. 25 OAI (principi per il confronto dei redditi), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022, al cpv. 1 prevede che sono considerati redditi lavorativi secondo l'articolo 16 LPGa i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS, escluse tuttavia:

- a. le prestazioni del datore di lavoro per perdita di salario cagionata da infortunio o malattia, se l'incapacità lavorativa è debitamente comprovata;
- b. le indennità di disoccupazione, le indennità di perdita di guadagno secondo la LIPG e le indennità giornaliere dell'assicurazione invalidità.

Secondo l'art. 25 cpv. 2 OAI i redditi lavorativi determinanti secondo l'articolo 16 LPGa vanno stabiliti su una base temporale identica e tenendo conto del mercato del lavoro in Svizzera.

Ai sensi dell'art. 25 cpv. 3 OAI se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Possono essere impiegati altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Vanno utilizzati valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso.

Per l'art. 25 cpv. 4 OAI i valori statistici di cui al capoverso 3 vanno adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell'evoluzione dei salari nominali.

2.12. Per quanto concerne il reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute (reddito da valido), l'art. 26 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che il reddito senza invalidità (art. 16 LPGa) è determinato sulla base dell'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Se il reddito lavorativo conseguito negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità era soggetto a forti variazioni, ci si basa su un reddito medio adeguato (cpv. 1).

Per il cpv. 2 se il reddito lavorativo effettivamente conseguito è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso

3, il reddito senza invalidità corrisponde al 95 per cento di questo valore centrale.

Secondo l'art. 26 cpv. 3 OAI, il capoverso 2 non è applicabile, se: a. anche il reddito con invalidità secondo l'articolo 26bis capoverso 1 è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3; o b. il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente.

L'art. 26 cpv. 4 OAI prevede che se il reddito lavorativo effettivamente conseguito non può essere determinato o non può esserlo in misura sufficientemente precisa, il reddito senza invalidità è fissato sulla base dei valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3 relativi alle persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe.

In concreto, dagli accertamenti effettuati dall'Ufficio AI è emerso che la ricorrente, senza il danno alla salute, nella precedente attività di cameriera ai piani avrebbe potuto conseguire, nel 2022, un salario difr. 47'450 (cfr. pag. 107 e 178 incarto AI).

In applicazione del sopra citato art. 26 cpv. 2 OAI, poiché tale reddito è inferiore di almeno il 5% rispetto al valore centrale usuale delle statistiche RSS di riferimento (ndr:tabella TA1\_tirage\_skill\_level 2020, settore privato, Svizzera, livello 1, ramo economico 55, servizi di alloggio; cfr. pag. 178 incarto AI), l'Ufficio AI ha ritenuto, nella decisione impugnata, quale reddito da valido quello di fr. 48'490.93.

L'amministrazione ha tuttavia applicato i dati statistici del 2020 (cfr. pag. 178 incarto AI), aggiornando il dato al 2022, allorché la Tabella TA1 tirage\_skill\_level del 2022 al momento dell'emissione della decisione impugnata (20 febbraio 2025) era già stata pubblicata. Vanno pertanto applicati i dati statistici più recenti (DTF 150 V 67, consid. 5.2).

Di conseguenza occorre partire dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2022 (cfr., anche DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2022 tirage\_skill\_level (RSS 2022; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr. DTF 142 V 178), dalla quale risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività nei servizi di alloggio e ristorazione, ramo economico 55-56, di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 48'300.- (fr. 4'025 X 12 mesi).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 42,5 ore computabili nel 2022 (cfr. per questo aspetto, STF I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: **Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique**), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna ammonta a fr. 51'318.75 (fr. 48'300: 40 x 42,5), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Il salario va aggiornato al 2024, anno di inizio del diritto alla rendita a fr. 52'892.85 (51'318.75 : [101.1 [dato per l'anno 2022] X 102.6 [dato per l'anno 2023]; cfr. indice dei salari nominali, donne, 2021-2023, T1.2.20] + 1.8% (cfr. stima trimestrale dei salari per il 2024)] : 42,5 ore [dato per l'anno 202] X 42,4 ore [dato per l'anno 2023 ultimo disponibile]).

Tale valore, al 95%, ammonta a fr. 52'248.21.

2.13. Circa il reddito che l'interessata avrebbe potuto conseguire con il danno alla salute (reddito da invalida), l'art. 26bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (art. 16 LPGa), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile (cpv. 1).

Per l'art. 26bis cpv. 2 OAI se non vi è alcun reddito lavorativo computabile, il reddito con invalidità è determinato in base ai valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3. In deroga all'articolo 25 capoverso 3, per gli assicurati di cui all'articolo 26 capoverso 6 vanno impiegati valori indipendenti dal sesso.

Secondo l'art. 26bis cpv. 3 OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2023, se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del dieci per cento per attività lucrativa a tempo parziale.

L'art. 26bis cpv. 3 OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2024 prevede che al valore determinato in base a valori statistici secondo il capoverso 2 è applicata una deduzione del 10 per cento. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, è applicata una deduzione del 20 per cento. Non sono ammesse ulteriori deduzioni.

Secondo la giurisprudenza federale, antecedente alla modifica della LAI entrata in vigore il 1° gennaio 2022, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico.

L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro.

Con sentenza 8C\_823/2023 dell'8 luglio 2024 pubblicata in DTF 150 V 410 (cfr. anche sentenza 8C\_179/2024 del 16 ottobre 2024), il Tribunale federale ha stabilito che la regolamentazione, introdotta per via di ordinanza all'inizio del 2022 e in vigore fino alla fine del 2023, riguardo alla determinazione del grado d'invalidità sulla base dei dati salariali risultanti dalle tabelle RSS è parzialmente contraria al diritto federale. Le possibilità di correzione del salario tabellare RSS determinante nel caso specifico, per tenere conto dell'effettiva situazione della persona assicurata, sono insufficienti. Se necessario, occorre pertanto appellarsi anche alla prassi del Tribunale federale in materia applicata finora (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 23 luglio 2024).

In seguito alla citata sentenza, il 24 settembre 2024 il consigliere nazionale Christian Lohr, Gruppo del Centro, Alleanza del Centro, PEV, ha inoltrato l'interpellanza 24.3980, chiedendo al Consiglio federale se non deve rivedere la sua posizione e riconsiderare i principi della giurisprudenza del Tribunale federale sulla deduzione dovuta al danno alla salute dal salario statistico della RSS. Il 27 novembre 2024 il Consiglio federale ha riposto

affermando di essere del parere che l'articolo in questione non debba essere modificato a seguito della sentenza summenzionata.

Anche in questo caso l'Ufficio AI ha preso in considerazione il salario lordo mediamente percepito dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C\_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) evinto dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2020 tirage\_skill\_level (salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr. anche DTF 142 V 178), aggiornato al 2022 a fr. 53'859.03 (pag. 178 incarto AI).

Vanno tuttavia applicati i dati statistici più recenti disponibili al momento dell'emissione della decisione impugnata (DTF 150 V 67, consid. 5.2), ossia quelli evinti dalla Tabella TA1 2022.

Per contro, come già visto in precedenza (cfr. consid. 2.9), è corretta l'applicazione del livello di competenza 1, attività semplici di tipo fisico o manuale, poiché per lavoro variato, si intende la possibilità di alternare le posizioni eretta e seduta, senza necessità di mantenere la posizione seduta prolungata per oltre un'ora e la posizione eretta prolungata per oltre mezz'ora, e non il fatto di effettuare la medesima mansione in maniera ripetitiva. La ripetitività del lavoro non impedisce alla medesima attività di essere variata nel senso inteso dal medico e dal consulente in integrazione.

Del resto, i livelli di competenza da 2 a 4, sono riservati a lavoratori maggiormente qualificati e la loro applicazione non sarebbe vantaggiosa per la ricorrente.

Di conseguenza occorre partire dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2022 (cfr. anche DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2022 tirage\_skill\_level (RSS 2022; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr. DTF 142 V 178), dalla quale risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 52'404.- (fr. 4'367 X 12 mesi).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2022 (cfr. per questo aspetto, STF I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; vedi anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique*), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna ammonta a fr. 54'631.17 (fr. 52'404 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Aggiornando tale dato al 2024, considerato un numero di ore settimanali rimasto stabile, il reddito da invalida raggiunge i fr. 56'601.76 (54'631.17: {101.4 [dato per l'anno 2022] X 103.2 [dato per l'anno 2023] ; cfr. indice dei salari nominali, donne, 2021-2023, T1.2.20} + 1.8% [stima trimestrale per l'anno 2024]).

Il salario da invalida va poi ridotto del 10% (riduzione in applicazione dell'art. 26bis cpv. 3 OAI) a fr. 50'941.59.

Raffrontando il salario da valida di fr. 52'248.21 con quello da invalida di fr. 56'601.76, ridotto del 25% a fr. 42'451.32, si ottiene un grado d'invalidità del 18.75%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 19%, che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28b cpv. 2 LAI).

2.14. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, la decisione impugnata che prevede il versamento di una rendita intera dal 1° settembre 2023 (trascorso l'anno di attesa [art. 28 cpv. 1 lett. b LAI]) al 30 aprile 2024 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute [art. 88a cpv. 1 OAI]), merita conferma.

2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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