

# GR\_GERICHTE S 2024 9 vom 10. Dezember 2024

GR Gerichte, 2024-12-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2024\\_9](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2024_9)

FR: GR\_GERICHTE S 2024 9 du 10 décembre 2024

IT: GR\_GERICHTE S 2024 9 del 10 dicembre 2024

## Regeste

prestazioni AI | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

ricorrente). Ai sensi dell'art. 69 cpv. 1 lett. a della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20), le decisioni degli Uffici AI cantonali sono impugnabili direttamente dinanzi al tribunale delle assicurazioni del luogo dell'Ufficio AI. La competenza per materia e per territorio del Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni è data dall'art. 1 cpv. 1 in unione con l'art. 57 della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) e dall'art. 49 cpv. 2 lett. a della Legge sulla giustizia amministrativa (LGA; CSC 370.100). La tempestività nonché la forma del ricorso sono rispettate (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con gli artt. 60 e 61 lett. b LPGA e con l'art. 38 cpv. 4 lett. a LPGA).

### E. 1.2

Giusta l'art. 50 LGA, è legittimato ad inoltrare ricorso chiunque sia interessato dalla decisione impugnata e abbia un interesse tutelabile all'abrogazione o alla modifica della decisione o chiunque vi sia autorizzato in base ad una prescrizione speciale (cfr. sentenze del Tribunale amministrativo [STA] U 23 49 del 5 dicembre 2023 consid.1.2 con rif.; U 17 86 dell'11 gennaio 2018 consid.2; BERTSCHI, in: GRIFFEL [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich [VRG], 3a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2014, § 21 n. 15 seg. e 24 seg. con rif.). Concretamente la ricorrente è interessata dalla decisione impugnata. Tuttavia non ha un interesse degno di tutela giuridica per quanto riguarda i periodi dal 1° febbraio 2019 al 31 luglio 2019 e dal 1° luglio 2021 al 31 gennaio 2022, in quanto le è stata riconosciuta una rendita intera

- 14 - d'invalidità (cfr. doc. 1 ricorrente); ciò che è in linea con quanto ella richiede dinanzi a questo Tribunale. In conclusione, la legittimazione della ricorrente è data esclusivamente per quanto riguarda il periodo dal 1° agosto 2019 al 30 giugno 2021 e dal 1° febbraio 2022 in poi. Ne discende che il ricorso è solo parzialmente ricevibile.

### E. 2

Nella fattispecie è controverso se l'Ufficio AI ha giustamente negato una rendita AI intera alla ricorrente per il periodo dal 1° agosto 2019 al 30 giugno 2021 e a partire dal 1° febbraio 2022 rispettivamente, più precisamente, per quanto concerne il calcolo concernente il confronto dei redditi.

### E. 2.1

A A.\_\_\_\_\_ è concesso il gratuito patrocinio (art. 76 LGA). Le spese processuali di CHF 700.00 sono assunte dalla cassa del Tribunale.

### **E. 2.2**

A A.\_\_\_\_\_ è assegnato l'avvocato Fabrizio Keller quale avvocato d'ufficio, il quale sarà indennizzato con CHF 5'177.10 (IVA e spese incluse). Le spese ripetibili sono assunte dalla cassa del Tribunale.

### **E. 2.3**

Qualora le sue condizioni di reddito e di sostanza dovessero migliorare, A.\_\_\_\_\_ è obbligata alla rifusione appena sarà in grado di farlo (art. 77 cpv. 1 LGA). 3. Non vengono assegnate spese ripetibili. 4. [vie di diritto]

### **E. 3**

Per quanto riguarda il diritto applicabile, va notato che a partire dal 1° gennaio 2022 sono applicabili le disposizioni revisionate della LAI (e della LPGGA) e dell'Ordinanza sull'assicurazione per invalidità (OAI; RS 831.201). Secondo la lett. c cpv. 1 delle Disposizioni transitorie della LAI riguardo alla modifica del 19 giugno 2020, i beneficiari di rendita, il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della presente modifica e che all'entrata in vigore della presente modifica hanno 55 anni compiuti, continuano ad avere diritto alla rendita precedente. In casu la presente controversia si basa sulla richiesta di prestazioni AI del 28 agosto 2018. Un diritto di rendita AI ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI della ricorrente poteva nascere al più presto da febbraio 2019 (quindi sei mesi dopo la rivendicazione delle prestazioni), a condizione che l'anno di attesa ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI fosse già trascorso. Nel caso in rassegna l'anno di attesa terminava il 18 febbraio 2019 (iniziato il 19 febbraio 2018, cfr. doc. 1 ricorrente). Ne discende che la ricorrente poteva avere diritto alla rendita al più presto da quella data e che tale data precede l'entrata in vigore delle disposizioni rivedute. In ogni caso la ricorrente, al momento dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni, aveva compiuto 55 anni (cfr. al riguardo anche Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione

- 15 - per l'invalidità [CIRAI], valevole dal 1° gennaio 2022, n. 9100 segg.). Quindi, nel caso in esame è applicabile il vecchio diritto. 4.1. Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto a una rendita se (lett. a.) la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili, (lett. b.) ha avuto un'incapacità al lavoro ai sensi dell'art. 6 LPGGA almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione e (lett. c.) al termine di questo anno è invalido ai sensi dell'art. 8 LPGGA almeno al 40%. Gli assicurati con attività lucrativa sono ritenuti invalidi se hanno un danno alla salute fisica, mentale o psichica che provoca un'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 1 cpv. 1 LAI i.c.c. l'art. 8 cpv. 1 LPGGA), che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 4 cpv. 1 LAI). È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale (art. 6 LPGGA). È invece considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata anch'essa da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGGA). Per

valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Le difficoltà socio-culturali che influenzano la capacità lavorativa e i fattori psicosociali non costituiscono danni alla salute. Tra i fattori non legati all'invalidità vi sono anche l'aggravamento e la simulazione (cfr. per il tutto KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über

- 16 - den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2020, art. 7 LPGA n. 22 segg.; per l'aggravamento e simili cfr. anche DTF 141 V 281 consid.2.2.1 segg. e 140 V 193 consid.3.3). 4.2. Tenor l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa, si applica l'art. 16 LPGA. Secondo tale disposto, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il confronto dei redditi, in genere, deve essere effettuato in modo tale che i due ipotetici redditi lavorativi siano determinati in cifre nel modo più accurato possibile e confrontati tra loro. Dalla differenza tra i redditi si determina il grado d'invalidità in percentuale (metodo generale del confronto dei redditi; DTF 144 I 21 consid.2.1, 142 V 290 consid.4, 141 V 15 consid.3.2, 128 V 29 consid.1, sentenze del Tribunale federale [STF] 9C\_225/2019 dell'11 settembre 2019 consid.2 e 8C\_176/2021 del 18 maggio 2021 consid.5.2.2). L'ammontare della perdita di guadagno determina il grado d'invalidità in percentuale. Se l'assicurato non esercita un'attività professionale (o se deve esser fatta astrazione dal lavoro esercitato), non è possibile raccogliere dei dati esatti ai sensi dell'art. 16 LPGA. Il grado d'invalidità viene ugualmente determinato secondo il metodo abituale del raffronto dei redditi facendo capo a dei dati ipotetici e sommari. Secondo la prassi, la valutazione del medico in merito all'esigibilità e cioè in merito alle attività che l'assicurato, tenuto conto dei suoi disturbi, è ancora in grado di effettuare, ha un ruolo basilare. Dalla valutazione dell'esigibilità fatta dal medico risultano infatti quali attività entrano ancora in considerazione per

- 17 - l'assicurato malgrado le limitazioni dello stato di salute. Su tali basi deve essere valutato il reddito che l'assicurato potrebbe ancora realizzare (guadagno da invalido). Questo guadagno deve poi essere paragonato con quello che l'assicurato avrebbe ottenuto se non fosse diventato invalido (guadagno senza invalidità). Il risultato corrisponde al grado d'invalidità (cfr. fra tante DTF 148 V 174 consid.5 e 130 V 343 consid.3.3 e 3.4 con rinvio alla DTF 128 V 29). Secondo l'art. 25 cpv. 1 OAI, sono considerati redditi lavorativi secondo l'articolo 16 LPGA, i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS, escluse tuttavia: le prestazioni del datore di lavoro per perdita di salario cagionata da infortunio o malattia, se l'incapacità lavorativa è debitamente comprovata (lett. a); le indennità di disoccupazione, le indennità di perdita di guadagno secondo la LIPG e le indennità giornaliere dell'assicurazione invalidità (lett. b).

## **E. 5**

[Comunicazioni] [Con sentenza 9C\_55/2025 del 1° luglio 2025 il Tribunale federale ha respinto il ricorso interposto contro questa decisione.]

### **E. 5.1**

Sia la procedura amministrativa che quella dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni sono governate dal principio inquisitorio. Secondo questo principio, l'amministrazione e il tribunale devono garantire d'ufficio l'accertamento corretto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti (cfr. art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGa). L'assicuratore sociale, quale organo di decisione, e, in caso di ricorso, il tribunale possono accettare un fatto come provato soltanto se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali, a meno che la legge non preveda altrimenti, il tribunale deve prendere la sua decisione secondo il grado di prova della probabilità preponderante. La semplice possibilità di una certa circostanza non soddisfa i requisiti della prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire il resoconto dei fatti che considera il più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi. Il principio inquisitorio esclude necessariamente l'onere della prova nel senso di onere di produrre prove, poiché spetta al tribunale delle

- 18 - assicurazioni sociali adito (o all'organo amministrativo chiamato a decidere) raccogliere le prove. Nel procedimento di assicurazione sociale, generalmente, le parti hanno l'onere della prova solo nella misura in cui in assenza di prove la decisione va a svantaggio della parte che voleva trarre dei diritti dai fatti non provati. Tuttavia, questa regola ha effetto soltanto se nell'ambito del principio inquisitorio si dimostra impossibile, sulla base di una valutazione delle prove, stabilire fatti che abbiano almeno la probabilità di corrispondere alla realtà (cfr. STF 8C\_17/2017 del 4 aprile 2017 consid.2.2 con rinvio alla DTF 138 V 218 consid.6).

### **E. 5.2**

Il dovere inquisitorio dura fino a quando non vi è sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa. Il principio inquisitorio è strettamente legato al principio della libera valutazione delle prove a livello amministrativo e giudiziario. Se, con una valutazione delle prove completa, accurata, obiettiva e orientata sul contenuto, gli accertamenti da effettuare d'ufficio nell'ambito del principio inquisitorio portano l'assicuratore sociale o il tribunale alla convinzione che un certo fatto è da considerarsi prevalentemente probabile e che ulteriori misure di prova non potrebbero più modificare questo risultato stabilito, la rinuncia all'assunzione di ulteriori prove non costituisce una violazione del diritto di essere sentiti (valutazione anticipata delle prove). Tuttavia, se permangono dubbi significativi sulla completezza e/o sulla correttezza delle constatazioni di fatto finora effettuate, devono essere effettuati ulteriori accertamenti, nella misura in cui dalle ulteriori misure di prova ci si possano ancora attendere nuovi risultati essenziali (cfr. per il tutto STF 8C\_281/2018 del 25 giugno 2018 consid.3.2.1). Se l'assicuratore sociale, rispettivamente l'amministrazione, non ottempera al suo dovere inquisitorio o lo fa solo parzialmente, la causa può essere rinviata per ulteriori accertamenti e seguente nuovo giudizio (cfr. DTF 132 V 368 consid.5).

- 19 -

### **E. 5.3**

Per poter valutare lo stato di salute e, con questo, la questione di quali prestazioni lavorative possano ancora essere pretese dalla persona assicurata, l'amministrazione, rispettivamente il tribunale adito in caso di ricorso, dipendono da documenti che devono essere allestiti e forniti da medici o, eventualmente, da altri specialisti, il cui compito consiste nel valutare lo stato di salute e di prendere posizione in merito alla misura in cui e in riferimento a quale attività l'assicurato sia incapace al lavoro. In altre parole sono chiamati a fornire referti, in base a esami medici professionali e tenendo conto dei lamenti soggettivi. In tal modo il

perito medico svolge il suo compito originale, per il quale l'amministrazione e il tribunale adito non sono competenti. Nella valutazione delle conseguenze dei danni alla salute constatati per la capacità lavorativa, tuttavia, gli esperti medici non hanno la competenza per esprimere un giudizio conclusivo. Piuttosto forniscono una valutazione dell'incapacità lavorativa che giustificano nel modo più sostanziale possibile dal loro punto di vista. Le informazioni fornite dai medici costituiscono quindi una base importante per la valutazione della questione di quali attività lavorative specifiche ci si possa ancora aspettare che l'assicurato svolga (cfr. le DTF 140 V 193 consid.3.2, 132 V 93 consid.4 e 125 V 256 consid.4). Il medico constata in che misura il danno limita la persona assicurata nelle sue funzioni fisiche rispettivamente psichiche, naturalmente si esprime soprattutto in merito a quelle funzioni che, secondo la sua esperienza, sono fondamentali per le possibilità lavorative che si trovano in primo piano per la persona assicurata (ad esempio se essa possa o debba lavorare stando seduta o in piedi, all'aperto o in locali riscaldati, se possa sollevare o portare carichi). Gli specialisti dell'orientamento professionale constatano, per contro, quali concrete attività professionali entrano in considerazione, sulla base delle indicazioni mediche e in considerazione delle altre capacità della persona assicurata: a seconda dei casi sono necessari chiarimenti presso il medico.

- 20 -

#### **E. 5.4**

Il diritto federale non prescrive come debbano essere valutate le singole prove. Il principio del libero apprezzamento delle prove si applica a tutte le procedure di ricorso amministrativo e giudiziario. Secondo questo principio, gli assicuratori sociali e i tribunali delle assicurazioni sociali devono valutare le prove liberamente, cioè senza essere vincolati da regole formali di prova, così come in modo completo e doveroso. Per la procedura di ricorso ciò significa che il tribunale deve esaminare oggettivamente tutte le prove, indipendentemente da chi le ha fornite, e poi decidere se i documenti disponibili permettono una valutazione affidabile della pretesa giuridica in questione. In particolare, in caso di rapporti medici contrastanti, il tribunale non può decidere il caso senza valutare le prove nel loro insieme e indicare i motivi per cui si basa su una tesi medica piuttosto che sull'altra (cfr. DTF 143 V 124 consid.2.2.2 e 125 V 351 consid.3a). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, secondo la giurisprudenza, è determinante che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti i disturbi lamentati dall'assicurato, che sia stato stilato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico e della situazione medica sia chiara e che le conclusioni dell'esperto siano ben motivate. Di conseguenza, in linea di principio, per stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova o meno, non è decisivo né l'origine né la sua denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (cfr. DTF 134 V 231 consid.5.1, 125 V 351 consid.3a). La giurisprudenza ha ciononostante ritenuto compatibile con il principio del libero apprezzamento delle prove stabilire alcune direttive per la rispettiva valutazione in relazione a determinate forme di attestazioni mediche (cfr. DTF 125 V 351 consid.3b, 118 V 286 consid.1b, 112 V 30 consid.1a con rinvii).

- 21 -

#### **E. 5.5**

Alle perizie ottenute nell'ambito della procedura amministrativa di medici specialisti esterni che rilasciano i propri rapporti in base a indagini e osservazioni approfondite e che dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica giungono nei loro referti medici a risultati concludenti, va riconosciuto pieno valore probatorio nella valutazione delle prove, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in dubbio la loro attendibilità (cfr. DTF 137 V 210 consid.1.3.4, 125 V 351 consid.3b/bb). Anche i rapporti e le perizie dei medici impiegati dall'assicurazione hanno un valore probatorio comparabile, a condizione che appaiano conclusivi, comprensibilmente motivati e privi di contraddizioni e che non vi siano indizi atti a mettere in dubbio la loro attendibilità (cfr. DTF 137 V 210 consid.1.2.1, STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid.3.1 seg.). Il semplice fatto che il medico interpellato sia impiegato dall'assicuratore sociale non permette di per sé di concludere che vi sia una mancanza di obiettività o una parzialità. Piuttosto sono richieste circostanze speciali che fanno apparire oggettivamente giustificata la sfiducia nell'imparzialità della valutazione. Vista la notevole importanza delle perizie mediche nel diritto delle assicurazioni sociali, occorre però applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. per il tutto le DTF 125 V 351 consid.3b/ee, 122 V 157 consid.1c). In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e la conclusività delle costatazioni mediche interne dell'assicuratore, devono essere fatti ulteriori accertamenti (cfr. DTF 139 V 225 consid.5.2, 135 V 465 consid.4.3.2 e 4.4; STF 9C\_415/2017 del 21 settembre 2017 consid.3.2, 8C\_452/2016 del 27 settembre 2016 consid.4.2.2 seg. e 8C\_245/2011 del 25 agosto 2011 consid.5.3). Per quanto attiene ai rapporti dei medici curanti, il tribunale può e deve tenere conto del fatto che, per esperienza, nel dubbio essi tendono talvolta a testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la loro posizione di fiducia instauratasi contrattualmente (cfr. DTF 135 V 465 consid.4.5, 125 V 351 consid.3b/cc). In particolare, la diversa natura del

- 22 - mandato di cura della persona (specialista) terapeutica, da un lato, e del mandato di valutazione peritale commissionato d'ufficio, dall'altro, non basta, per sé stessa, a mettere in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e per dare adito a ulteriori accertamenti, se i medici curanti giungono a opinioni differenti da quelle dei periti (cfr. DTF 124 I 170 consid.4). Sono fatti salvi i casi in cui si impone una valutazione diversa dalla perizia (ufficiale) perché i rapporti dei medici curanti menzionano degli aspetti importanti che non sono puramente frutto di un'interpretazione soggettiva e che sono rimasti non riconosciuti o non apprezzati nella perizia (cfr. STF 8C\_317/2019 del 30 settembre 2019 consid.2.3; 8C\_379/2019 del 21 agosto 2019 consid.2.2 e 8C\_835/2018 del 23 aprile 2019 consid.3). 6.1. Per quanto riguarda la valutazione materiale, innanzitutto va verificata la censura relativa alla mancata considerazione del rapporto del CAP. 6.1.1. La ricorrente censura che il convenuto, per emanare la propria decisione e stabilire il grado di invalidità, si sarebbe fondato unicamente sulle perizie mediche pluridisciplinari del SAM, che giungerebbero alla conclusione di una capacità lavorativa residua in attività esigibile e adeguata del 60%. Tale valutazione contrasterebbe però in modo sostanziale gli accertamenti del CAP. Il convenuto nella decisione non considererebbe le conclusioni esposte dal CAP. Secondo la ricorrente, tale modo di procedere non rispetterebbe la prassi del Tribunale federale. I medici sarebbero tenuti a riferire in quale misura il danno limiterebbe l'assicurato nelle sue funzioni fisiche, psichiche e quali sarebbero le attività che egli potrebbe ancora svolgere e in qual modo. Ma spetterebbe agli specialisti dell'orientamento professionale determinare in concreto quali attività professionali entrerebbero in considerazione sulla base delle indicazioni mediche e delle altre capacità dell'assicurato. A seconda dei casi sarebbero necessari ulteriori accertamenti presso i

medici. Inoltre, il rapporto del CAP

- 23 - sarebbe stato steso anche in collaborazione con un medico; quindi sarebbe un rapporto da considerare pienamente. Di conseguenza, in un mercato equilibrato del lavoro, la ricorrente non sarebbe collocabile e non potrebbe pertanto essere inserita; già solo su questa base, le andrebbe riconosciuta una rendita AI intera. Inoltre, il rapporto CAP sarebbe, per quanto concerne l'accertamento professionale, più preciso delle perizie mediche agli atti. Mentre il convenuto nella decisione avrebbe ritenuto che in attività lavorativa adeguata, solo la patologia psichiatrica inciderebbe sulla capacità lavorativa, il rapporto CAP riterrebbe che non solo questa inciderebbe, ma sarebbero da considerare anche altri elementi. Il convenuto non avrebbe potuto discostarsi dalle conclusioni del CAP, affermando che la patologia sarebbe unicamente psichiatrica e, quindi, l'opinione del CAP potrebbe essere accantonata. 6.1.2. Il convenuto nella sua presa di posizione rimanda per la motivazione alle sue decisioni del 13 dicembre 2023, che conferma interamente. Ivi egli riteneva che per valutare la questione di quali prestazioni lavorative potrebbero ancora essere pretese dall'assicurato, l'amministrazione e il tribunale dipenderebbero dalla documentazione messa a disposizione dal medico ed eventualmente anche da altri specialisti. Il compito del medico sarebbe quello di valutare lo stato di salute e di prendere posizione in merito alla misura in cui e in riferimento a quale attività l'assicurato sarebbe incapace al lavoro. Le informazioni mediche sarebbero inoltre un'importante base per valutare la questione di quali prestazioni lavorative potrebbero ancora essere pretese dall'assicurato. Il medico attesterebbe in che misura il danno limita l'assicurato nelle sue funzioni fisiche rispettivamente psichiche; naturalmente si esprimerebbe soprattutto in merito a quelle funzioni che, secondo la sua esperienza, sarebbero fondamentali per le possibilità lavorative che si troverebbero in primo piano per l'assicurato. Gli specialisti dell'orientamento professionale, per contro,

- 24 - sulla base delle indicazioni mediche e in considerazione delle altre capacità dell'assicurato, rileverebbero quali concrete attività professionali, entrerebbero in considerazione a seconda dei casi sarebbero poi necessari chiarimenti presso il medico. Rientrerebbe nel potere discrezionale di chi applica il diritto decidere con quali mezzi andrebbe chiarita la fattispecie e se nel singolo caso sia sufficiente un semplice rapporto medico, se dovrebbero essere disposti esami complementari o se debba essere richiesta una perizia formale. In seguito, a una parte di teoria sul valore probatorio dei rapporti medici, egli riteneva che, in considerazione di tali criteri (valore probatorio di un rapporto medico e potere discrezionale di chi applica il diritto), nel presente caso, ci si potrebbe basare in particolare sulla perizia medica pluridisciplinare di decorso del SAM del 16 agosto 2023, che risponderrebbe alle domande lasciate in sospeso delle limitazioni mediche. Questa valutazione rappresenterebbe un quadro globale dell'(in)capacità lavorativa, si baserebbe sui dati anamnestici richiesti, su tutta la documentazione inerente la ricorrente messa a disposizione dal convenuto, sugli atti richiesti dal SAM o presentati dalla ricorrente, sugli esami di laboratorio, radiologici, cardiologici e psicologici, sulle dichiarazioni e diversi esami personali della ricorrente, nonché sulla perizia medica pluridisciplinare del SAM del 23 settembre 2020 e risulterebbe convincente, comprensibile e coerente. Le conclusioni peritali si fonderebbero su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM. In questo modo gli accertamenti e le valutazioni medico-specialistiche, le quali comprensibilmente non potrebbero fin da principio essere concordanti, sarebbero state coordinate tra loro. I periti del SAM confermerebbero con la propria firma di aver preso atto dei contenuti della

perizia e di concordare con le diagnosi e le conclusioni ivi contenute. In questo senso, non esisterebbe alcuna contraddizione tra le prese di posizione dei medici. In attività lavorativa adeguata l'unica patologia che inciderebbe sulla capacità lavorativa

- 25 - sarebbe quella psichiatrica. Non sarebbero necessari ulteriori accertamenti dato che essi non potrebbero portare a nuove conoscenze. Inoltre, la valutazione pluridisciplinare di decorso del SAM verrebbe oltretutto confermata dal Servizio medico regionale della Svizzera orientale (SMR). Infatti, nel suo parere il Dr. med. AC.\_\_\_\_\_, medico generico, rilevarebbe che la nuova perizia SAM è conforme alla valutazione precedente, ovvero IL al 100% in attività propria a decorrere dal 19 febbraio 2018 e inabilità lavorativa al 40% in attività adeguata esigibile a seguito di patologia di natura psichiatrica a decorrere dalla precedente perizia SAM. Risulterebbe che nel presente caso le valutazioni mediche sarebbero univoche, motivo per cui, dal punto di vista medico, non vi sarebbero incertezze. In merito alle conclusioni del rapporto CAP il convenuto ritiene che gli accertamenti professionali di verifica della capacità di rendimento (in modo particolare nel confronto dei disturbi psichici) non sarebbero adatti per accertare la capacità lavorativa secondo il diritto dell'AI; perché gli esiti dipenderebbero dalla volontà soggettiva della persona assicurata e, quindi, andrebbero sempre valutati molto criticamente. Le conclusioni del rapporto CAP non sarebbero perciò in grado di mettere in discussione le perizie del SAM.

6.1.3. Nella replica la ricorrente sostiene che il convenuto non spiegherebbe per quale motivo non considererebbe il rapporto del CAP. 6.1.4. In sintesi, le considerazioni di parte convenuta non danno adito a critiche. Secondo la prassi, la valutazione del medico in merito all'esigibilità – ovvero in merito alle attività che l'assicurato, tenuto conto dei suoi disturbi, è ancora in grado di effettuare – ha un ruolo basilare. Dalla valutazione dell'esigibilità fatta dal medico risultano infatti quali attività entrano ancora in considerazione per l'assicurato malgrado le limitazioni dello stato di salute (cfr. tra le molte DTF 145 V 361 consid.3.2.1 segg., 140 V 193 consid. 3.1 seg. e 132 V 93 consid.4; STF 9C\_488/2022 del 13 marzo

- 26 - 2023 consid.4.1 8C\_569/2021 del 2 febbraio 2022 consid.3.2.2; 8C\_225/2021 del 10 giugno 2021 consid.3.2 e 8C\_144/2021 del 27 maggio 2021 consid.2.4; STA S 23 136 del 19 marzo 2024 consid.4.5 seg.). Gli specialisti dell'orientamento professionale riferiscono, per contro, sulla base delle indicazioni mediche e in considerazione delle altre capacità della persona assicurata, quali concrete attività professionali entrano in considerazione; a seconda dei casi sono necessari chiarimenti presso il medico (cfr. STA S 20 25 del 5 aprile 2022 consid.4.3). Nel rapporto del CAP si specifica che "L'intero programma ha lo scopo di verificare il potenziale di reinserimento di una persona, valutando in maniera obiettiva e indipendente le possibilità pratiche di valorizzare la sua capacità lavorativa residua. Obiettivo finale è la formulazione di indicazioni importanti sulle possibilità reintegrative della persona assicurata." (cfr. doc. 85 p. 1 convenuto). Di conseguenza, il rapporto in questione non ha lo scopo di esprimersi sull'esigibilità lavorativa rispettivamente sulla capacità lavorativa residua della ricorrente e, come tale, giustamente, il convenuto non l'ha considerato. Posto in concreto, un rapporto di questa portata non è sufficiente per mettere in dubbio i pareri medici. In aggiunta, sebbene il rapporto CAP risalga al 31 marzo 2021, non risulta che in esso sia stata contestata la prima perizia SAM del 23 settembre 2020, la quale già riferiva, quanto poi confermato con la seconda perizia SAM, un'IL del 100% nell'attività svolta in precedenza e un'IL del 60% in attività adeguata (cfr. doc. 92 p. 6 e 9 convenuto). Infine, si sottolinea che i responsabili del rapporto del CAP, dei quali uno è anche medico, non si sono in alcun modo confrontati con le risultanze peritali della prima perizia del SAM.

Pertanto il convenuto si è rettamente basato sulle perizie del SAM. La censura della ricorrente è dunque infondata. 6.2. Contraddizione nei rapporti dei medici.

- 27 - 6.2.1. Secondo la ricorrente, nella decisione impugnata si riferirebbe che l'unica patologia che inciderebbe sulla capacità lavorativa sarebbe quella psichiatrica e che l'IL del 40% sarebbe dovuta unicamente a questa. Nella sua attività abituale la ricorrente sarebbe ritenuta inabile al lavoro al 100%. Tale conclusione non sarebbe però riscontrata nelle singole perizie pluridisciplinari. Infatti, il Dr. med. AA.\_\_\_\_\_, nel rapporto presentato con le perizie pluridisciplinari, concluderebbe, relativamente alla capacità lavorativa nell'attività abituale della ricorrente, che questa sarebbe abile al 60% nell'attuale professione come in un'altra attività lavorativa adeguata (o esigibile) e invalida al 40% nell'attività finora esercitata; una conclusione che si distanzerebbe in modo sostanziale da quelle del rapporto pluridisciplinare (100% di invalidità nell'attività attuale). Ne discenderebbe che una delle allegazioni della decisione impugnata non corrisponderebbe ai rilievi medici in atto, ovvero che l'unica patologia che inciderebbe sulla capacità lavorativa svolta in precedenza sarebbe quella psichiatrica. Se si partisse dal presupposto che nell'attività svolta in precedenza l'assicurata sarebbe abile al lavoro in ragione del 60%, allora la sua invalidità andrebbe valutata in funzione della professione che avrebbe svolto e, quindi, il grado minimo di invalidità sarebbe del 40%. 6.2.2. Al riguardo il convenuto rimanda alle decisioni del 13 dicembre 2023; in tal senso si può richiamare in gran parte quanto già citato al consid. 6.1.2. In particolar modo che nella sua decisione il convenuto ha ritenuto che le conclusioni peritali si fonderebbero su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM. In questo modo gli accertamenti e le valutazioni medico-specialistiche, le quali comprensibilmente non potrebbero fin dal principio essere concordanti, sarebbero state coordinate tra loro. I periti del SAM confermerebbero con la propria firma di aver preso atto dei contenuti della perizia e di concordare con le diagnosi e le conclusioni ivi

- 28 - contenute. In questo non esisterebbe alcuna contraddizione tra le prese di posizione dei medici. 6.2.3. Anche in questo punto le critiche sollevate dalla ricorrente sono infondate. Le perizie pluridisciplinari sono così strutturate che ogni perito medico specializzato si esprime in maniera approfondita riguardo alla parte medico-specialistica di sua competenza (cfr. doc. 47, 152 p. 1-62, 81 segg. convenuto). Di conseguenza, ciò vale anche per il Dr. med. AA.\_\_\_\_\_, quale psichiatra. Egli, infatti, si può solo esprimere in merito all'ambito di sua competenza, valutando il lato psichiatrico della questione. In seguito, dopo esauriente discussione, tutti i medici periti si accordano sulla valutazione consensuale per perizie pluridisciplinari, stilando un parere disciplinare completo e confermato da tutti, il quale viene successivamente preso come punto di riferimento dalle autorità amministrative per le loro valutazioni (cfr. doc. 152 p. 63-80 convenuto). Ne scaturisce che la perizia del singolo esperto può differire dalla conclusione dall'organo pluridisciplinare; però la conclusione che è determinante per la procedura è quella presa dal gremio integrale dei periti, in quanto vi confluiscono i pareri di tutti gli esperti (cfr. fra tante STA S 22 128 del 13 aprile 2023 consid.7, S 22 117 del 25 aprile 2023 consid.7.1; <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/gutachten-iv/gutachten-iv-arten.html> [visitato l'ultima volta il 10 dicembre 2024]). Come rettamente sostiene il convenuto, in essa non esistono contraddizioni tra le prese di posizione dei medici. La censura della ricorrente è quindi da respingere. 6.3. Verifiche mediche rifiutate dal convenuto. 6.3.1. La ricorrente lamenta che nel rapporto relativo all'orientamento professionale, stilato dalla funzionaria dell'IAS, si sarebbe ritenuto

che il RAD avrebbe chiesto che la perizia SAM venisse sottoposta allo

- 29 - specialista Dr. med. K.\_\_\_\_\_ per comprendere se vi fossero stati dei peggioramenti dello stato di salute (cfr. doc. 97 convenuto). Però l'Ufficio AI avrebbe dimenticato questo aspetto e si sarebbe rifiutato di disporre un accertamento. Visto tale omissione, il solo accertamento in atti fidefacente sarebbe quello steso dal medico di famiglia, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, il quale attesterebbe che, proprio per la reintegrazione professionale che sarebbe stata disposta, l'assicurata avrebbe presentato un'esacerbazione dei dolori articolari con sviluppo di gonfiori dei tessuti molli periarticolari alle ginocchia molto dolenti. A ciò andrebbe aggiunto anche il peggioramento delle algie a livello del rachide lombare, nonché a livello dei gomiti e degli avambracci. Il medico avrebbe dovuto, per tal motivo, potenziare la terapia antalgica. 6.3.2. Il convenuto rimanda per la motivazione, in primo luogo, alle sue decisioni del 13 dicembre 2023, interamente confermate. Egli, inoltre, ritiene che avrebbe inviato la parte reumatologica della perizia medica pluridisciplinare SAM del 23 settembre 2023 al Dr. med. K.\_\_\_\_\_ insieme alla richiesta di un rapporto di decorso, come richiesto dal SMR della Svizzera orientale il 21 aprile 2021, pregando il medico di comunicare se ci fosse stato un chiaro peggioramento a confronto della perizia e, in caso di risposta affermativa, di indicare quali reparti avrebbero fatto oggetto di una modifica (cfr. case report p. 5 e 6 e doc. 94 convenuto). 6.3.3. Nella replica la ricorrente sostiene che il fatto che il Dr. med. K.\_\_\_\_\_ abbia indicato una serie di terapie necessarie per riacquisire la capacità lavorativa, sarebbe un chiaro indizio di un peggioramento della situazione o, perlomeno, di una conferma che la situazione, così come si presenterebbe, non permetterebbe un'immediata ripresa dell'attività lavorativa.

- 30 - 6.3.4. Secondo i documenti a disposizione, il convenuto in data 22 aprile 2021 riportava nel protocollo procedurale risp. documento d'accompagnamento al mandato, quanto menzionato dalla ricorrente, ovvero che il RAD aveva proposto di inviare la parte reumatologica della perizia SAM al Dr. med. K.\_\_\_\_\_ (cfr. doc. 96-97 convenuto). Nel case report è poi visibile ai punti, 5-6, come ritiene il convenuto, che in data 15 giugno 2021 quest'ultimo aveva ricevuto il rapporto medico del Dr. med. K.\_\_\_\_\_. Da ciò si può concludere che il Dr. med. K.\_\_\_\_\_ si è espresso in tale periodo. Giova in questo senso rilevare che il parere RAD si riferiva alla perizia stilata dal SAM nel 2021. Tale perizia (doc. 97 p. 2 del convenuto), tuttavia, non è la più attuale. Infatti, agli atti è presente anche una perizia del 2023 (cfr. doc. 152 convenuto), nell'ambito della quale sono stati tenuti in considerazioni ulteriori elementi. Il motivo per il quale il parere RAD dovrebbe concernere anche la nuova perizia non viene sostanziato da parte ricorrente. Per conseguenza, dilungarsi nel merito di tale censura non risulta necessario. Fatta astrazione di ciò, se la ricorrente l'avesse ritenuto necessario, avrebbe già potuto in precedenza sollevare un'opposizione in merito alla condotta del convenuto. La censura di parte ricorrente, anche per quanto riguarda questo punto, va ritenuta infondata. 6.4. Considerazioni non compatibili con la decisione. 6.4.1. La ricorrente lamenta che nella sua decisione il convenuto consiglierebbe varie cure da intraprendere per la ricorrente per ovviare nel modo migliore possibile le conseguenze della sua invalidità (terapia algomodulatore, ripresa della fisioterapia, prosecuzione della terapia psichiatrica), senza riferire però in quale modo la ripresa delle terapie per riuscire a ovviare alle conseguenze dell'invalidità, sarebbe compatibile con la ripresa di un'attività professionale durante 8-9 ore al giorno con un rendimento del 60%. Tali terapie comporterebbero delle assenze importanti durante il lavoro e non permetterebbero di svolgere l'attività così come ipotizzata

- 31 - nella decisione. Ciò comporterebbe un aumento dell'invalidità perlomeno durante il periodo nel quale queste terapie verrebbero svolte. Tale aspetto sarebbe stato oltretutto da considerare perlomeno per una rendita AI per il periodo necessario per le cure. 6.4.2. Il convenuto nella presa di posizione ritiene che sarebbe ragionevole che la ricorrente si sottoponga a dei trattamenti terapeutici raccomandati dai periti SAM al di fuori dell'orario lavorativo. Inoltre, egli aggiunge che la capacità lavorativa residua del 60% sarebbe da intendersi come rendimento ridotto del 40% su una giornata lavorativa di 8-9 ore in un'attività adeguata allo stato di salute. Nella sua decisione il convenuto ritiene che la terapia algomodulatoria in corso potrebbe essere ulteriormente potenziata, permettendo una maggiore copertura anche dei sintomi depressivi. Inoltre, sarebbe auspicabile una ripresa di fisioterapia interrotta qualche mese prima, anche al fine di riprendere una deambulazione senza zoppia. Per l'aspetto psichiatrico non sarebbe possibile migliorare la capacità lavorativa. La prosecuzione della terapia psichiatrica sarebbe indicata per evitare un peggioramento della situazione psicopatologica. Egli, poi, aggiunge che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato avrebbe l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato dovrebbe intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua capacità lavorativa residua, se necessario in una nuova professione. In concreto si consigliava all'assicurata di proseguire le cure mediche sopracitate. 6.4.3. La ricorrente nella replica ritiene che l'affermazione del convenuto, secondo cui sarebbe ragionevole che ella si sottoponesse ai trattamenti al di fuori dell'orario di lavoro, sarebbe priva di prova e una motivazione

- 32 - apparrebbe poco verosimile se si leggessero le terapie per lei indicate. I terapeuti ordinariamente non agirebbero al di fuori degli orari lavorativi e, anche se taluni trattamenti sarebbero proponibili nella fascia oraria del mezzogiorno, questi si svolgerebbero lontani dal posto di lavoro – in C.\_\_\_\_\_ non sarebbero disponibili tutte le terapie indicate –; ciò renderebbe l'ipotesi del convenuto impraticabile. 6.4.4. In primo luogo, si rileva che le cure proposte non appaiono essere sproporzionate, in quanto non eccessivamente impegnative, in particolare perché legate a un basso dispendio di risorse temporali. Inoltre, giova ravvisare che un'attività lavorativa adeguata esigibile in funzione del 60% permetterebbe alla ricorrente di godere di momenti liberi durante la settimana. Si nota, in secondo luogo, che gli argomenti addotti dalla ricorrente sono di carattere generale, appellatorio e, inoltre, infondati. Ella non specifica in maniera sostanziata rispettivamente in maniera convincente, perché non le dovrebbe essere possibile continuare le cure già avviate rispettivamente, riprendere delle cure precedentemente interrotte. Inoltre, non è comprovato che in C.\_\_\_\_\_ non vi sia un'offerta di tipo psicoterapico, rispettivamente di tipo fisioterapico. Infine, essendo la ricorrente risedente a B.\_\_\_\_\_, ella potrebbe raggiungere la città di O.\_\_\_\_\_ – la quale vanta di un ampio ventaglio di offerte in questo senso – in breve tempo. La censura sollevata risulta infondata e, come tale, anch'essa da respingere. 6.5. Metodo di valutazione del grado di invalidità 6.5.1. La ricorrente ritiene che il convenuto non avrebbe considerato che il metodo del confronto del reddito senza limitazione da danno alla salute con il reddito con limitazione da danno alla salute, godrebbe di una chiara eccezione. Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, avrebbe realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media

- 33 - senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procederebbe, in primo luogo, a un parallelismo dei due redditi di paragone. Il convenuto avrebbe disatteso questo metodo di valutazione. Evidentemente ella non si sarebbe spontaneamente accontentata di un reddito considerevolmente inferiore alla media ma, in un contesto come quello della C.\_\_\_\_\_, confinante con il Canton Ticino, nel suo settore di lavoro, nella sua situazione e con la concorrenza della manodopera frontaliera, il reddito specifico anche per una persona qualificata, corrisponderebbe a quello da lei conseguito. Il convenuto avrebbe dovuto considerare quale reddito senza limitazioni dovute al danno alla salute, quello che potrebbe conseguire (statisticamente) un assicurato con una formazione professionale equivalente alla sua (diploma d'impiegata di commercio al dettaglio con certificato federale di capacità e certificato di collaboratrice sanitaria della Croce Rossa Svizzera). La ricorrente avrebbe potuto conseguire in questo senso un reddito (secondo le tabelle RSS) di CHF 75'144.00 nel settore sanitario e di CHF 69'324.00 nel settore dei servizi. Si giungerebbe, dunque, ad un grado d'invalidità di 55,1 risp. 51,3%. Inoltre, il convenuto non avrebbe considerato altri elementi. La ricorrente avrebbe avuto 57 anni al momento dell'ultima perizia pluridisciplinare, non avrebbe più lavorato da febbraio 2018 e, benché avesse fatto capo alla disoccupazione, non avrebbe trovato un collocamento anche con una percentuale lavorativa ridotta (inferiore al 100%). In un mercato del lavoro equilibrato un profilo come quello dell'assicurata non troverebbe oggi più alcuno spazio, neppure per un lavoro a tempo parziale. Infatti, ella, pur disponendo di un certificato federale di capacità quale impiegata di commercio e come collaboratrice sanitaria CRS, sarebbe stata costretta dal 2016 ad accettare un lavoro quale cameriera e venditrice in panetteria. Ciò dimostrerebbe che la possibilità di inserimento in un mercato equilibrato del lavoro, anche prima dell'insorgenza definitiva degli elementi invalidanti, andrebbe considerata limitata. Allo stato attuale, alla luce della

- 34 - situazione riscontrata dai medici e certificata dal CAP, si dovrebbe giungere alla conclusione che ella non poteva più essere collocata in un mercato equilibrato del lavoro. Già alla luce di queste circostanze, le andrebbe riconosciuta una rendita AI intera. 6.5.2. Il convenuto, dal canto suo, ritiene nella presa di posizione che non può essergli imputato il fatto che la ricorrente ha volontariamente prodotto per anni un reddito basso come cameriera/venditrice al banco (cfr. doc. 102 convenuto). Nella sua decisione il convenuto riteneva che nella determinazione del reddito ipotetico con invalidità non ci si potrebbe semplicemente basare su quanto l'assicurato guadagna effettivamente, bensì sul reddito ottenibile in un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile in base alle circostanze concrete, in particolare mediche, sul mercato del lavoro equilibrato. Fattori estranei all'invalidità come cattiva formazione, scarse conoscenze linguistiche o età sarebbero importanti per la valutazione dei lavori che potrebbero essere ancora pretesi da un assicurato in un caso concreto; non rappresenterebbero tuttavia circostanze complementari che influenzerebbero, oltre all'esigibilità di un lavoro, il grado d'invalidità, se esse renderebbero più difficile o impossibile trovare un impiego e, quindi, sfruttare la capacità di lavoro residua. 6.5.3. Nella replica la ricorrente contesta l'affermazione del convenuto, secondo la quale ella avrebbe volontariamente prodotto un reddito basso come cameriera/venditrice. Riferendosi alla capacità lavorativa ritenuta nella decisione impugnata la ricorrente sottolinea che i rapporti medici riferirebbero che ella non dovrebbe lavorare con la clientela, in quanto la sua presenza e il contatto con terzi non potrebbero essere pretesi. In queste condizioni il convenuto sarebbe però obbligato a indicare quali professioni esistono, sul mercato equilibrato del lavoro, nelle quali ella potrebbe svolgere un'attività nella misura del 60%.

Spetterebbe agli specialisti dell'integrazione professionale definire una professione nella

- 35 - quale, con tutte queste limitazioni, un'attività lavorativa al 60% sarebbe possibile nel mercato del lavoro. 6.5.4 L'art. 16 LPGa prevede che, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro [reddito da invalido], è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido [reddito da valido]. Per la determinazione del reddito da valido va preso lo stipendio che la persona assicurata avrebbe probabilmente guadagnato come persona sana al momento dell'accertamento dell'invalidità. Il reddito da valido deve sempre essere determinato ipoteticamente. La giurisprudenza sottolinea che il reddito da valido non si determina primariamente secondo l'ultima attività svolta, ma in base a ciò che la persona interessata potrebbe fare a livello lavorativo nel momento in questione se non si fosse verificato il danno alla salute. Di norma, nella pratica, ci si basa sull'ultimo stipendio percepito prima dell'IL con conseguente invalidità, eventualmente adeguato all'inflazione e all'andamento del reddito reale. Di regola ci si basa, dunque, sul reddito effettivamente percepito e non sul salario inferiore o superiore concordato contrattualmente. Eccezioni a tale procedere devono essere stabilite con una probabilità schiacciante (cfr. DTF 139 V 28 consid.3.3.2; 134 V 322 consid.4.1; STF 8C\_152/2022 del 21 ottobre 2022 consid.3.2.2; 9C\_63/2018 del 9 novembre 2018 consid.4.4.2; 9C\_887/2017 del 7 giugno 2018 consid.4.2; 8C\_145/2012 del 9 novembre 2012 consid.3.1; 8C\_576/2008 del 10 febbraio 2009 consid.6.2; cfr. KIESER, op. cit., art. 16 LPGa n. 45, 55 segg.; BOLLINGER/MOSIMANN, in: FREY, BOLLINGER, MOSIMANN, Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung, die

- 36 - Ergänzungsleistungen und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts mit weiteren Erlassen, Zurigo 2018, art. 16 LPGa n. 5 segg.). 6.5.4.1. La ricorrente nell'ambito del suo ultimo lavoro era attiva quale cameriera e venditrice in panetteria (cfr. doc. 12 convenuto). Ella non sostanzia minimamente perché, invece dello stipendio percepito in tale attività, si dovrebbe prendere, quale riferimento, lo stipendio che le sarebbe dovuto se lavorasse in un ambito nel quale anche i suoi diplomi sarebbero da considerare. Inoltre, la ricorrente non è stata capace di dimostrare che, con un grado di verosimiglianza sufficiente e con evidenza concreta, lei sarebbe stata in procinto di ricevere uno stipendio migliore rispettivamente più alto sulla scorta dei suoi diplomi. Di conseguenza, basandosi sulla prassi, per il reddito da valido, il convenuto ha giustamente preso come riferimento il suo ultimo stipendio. 6.5.4.2. Oltre a quanto precede, bisogna considerare quanto segue: è sì corretto che se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si deve procedere, in primo luogo, a un parallelismo dei due redditi di paragone. Il parallelismo ha tuttavia luogo solo se una caratteristica personale (p.es. bassa istruzione scolastica, mancanza di formazione professionale, mancanza di competenze linguistiche, opportunità di lavoro limitate a causa dello status di lavoratore stagionale, ecc.) ha avuto un influsso e, quindi, ha un certo carattere eccezionale. Se ad esempio l'ultimo reddito percepito era basso per motivi economici – cioè non dovuti a una caratteristica personale – non si può applicare il principio del parallelismo (cfr. DTF 135 V 297 consid.6.1.2; STF 8C\_141/2016, 8C\_142/2016 del 17 maggio 2016 consid.5.2.2;

BOLLINGER/MOSIMANN, op. cit.; KIESER, op. cit., art. 16 LPG n. 64). Il fattore sul quale la ricorrente poggia la sua tesi è puramente economico,

- 37 - in quanto la localizzazione della C.\_\_\_\_\_ vicino al Ticino e il fatto che gli stipendi, vista l'asserita pressione del frontalierato, sarebbero più bassi che altrove in Svizzera, non è ascrivibile a una caratteristica personale della ricorrente. Motivo per cui un parallelismo non si può ascrivere a tale fattore e, in questo senso, non va effettuata. Ma anche nel caso in cui si volesse effettuare una parallelizzazione, questa, come si vedrà di seguito, non avrebbe influsso sul risultato finale del grado d'invalidità. 6.5.4.3. Contrapponendo lo stipendio da valido della ricorrente, ossia CHF 44'272.00 (CHF 3'443.00 x 13 x 0.992 [tenendo conto dell'evoluzione generale dei salari dal 2018 al 2019 del -0,8]), e il reddito statistico basato sulla tabella RSS 2018 (tabella pubblicata il 23 agosto 2022, TA1, settore 55-56 industria albergheria/gastronomia, livello di competenza 1, donne, 40h settimanali, da indicizzare al 2019) di CHF 50'712.70 (CHF 4'019.00 / 40 ore x 42,5 ore x 12 x 0,992), si giunge ad una differenza di CHF 6'440.70 e, quindi, di 12,7%, cioè 7,7% oltre il 5% (v. al riguardo tra le altre DTF 150 V 67 consid.5.1). Parallelando il reddito da valido si ottengono dunque CHF 47'965.35 (CHF 44'272.00 / [1 - 0,077]). Va qui rilevato che le parti non contestano il salario da invalido pari a CHF 33'773.00. Pertanto il grado di invalidità risulta pari a  $([CHF 47'965.35 - CHF 33'773.00] \times 100 / 47'965.35)$  30%. Se ne deduce che il convenuto, a ragione, non ha accordato nessuna rendita di invalidità. 6.5.4.4. Ma anche nell'evenienza in cui si dovesse determinare il reddito da invalido applicando i salari indicativi delle tabelle RSS (RSS 2018, tabella pubblicata il 23 agosto 2022, TA1, settore 55-56, livello di competenza 1, totale, 40h settimanali, da indicizzare al 2019 [vedi tabella NLE per tutti i rami T.1.2.10]), considerato che, dopo l'insorgere del danno alla salute, la ricorrente non ha assunto un'attività lucrativa rispettivamente nessuna attività lucrativa ragionevolmente esigibile (cfr. DTF 142 V 178; 126 V 75; Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per

- 38 - l'invalidità [CIGI] stato 1° gennaio 2021, cifra 2.4.3.4., N 3066), esso corrisponderebbe a CHF 33'136.80 (CHF 4'371.00 x 12 / 40h x 41.7h x 0.6 x 0.01 indicizzato al 2019). Eseguendo il raffronto dei redditi con le cifre summenzionate  $([CHF 47'965.35 - 33'136.80] \times 100 / CHF 47'965.35)$ , si ottiene un grado di invalidità del 31%. Quindi, in ogni caso, inferiore a 40%. Ne consegue che la ricorrente, in base ai valori summenzionati, non avrebbe in ogni caso diritto ad una rendita di invalidità. 6.5.5. Occorre a questo punto esaminare la censura della ricorrente riguardo all'applicazione di un'eventuale deduzione sociale sul reddito da invalido ("Leidensabzug"). Se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), ritenuto che una deduzione massima del 25% del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro e che il giudice chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale deriva da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (cfr. DTF 137 V 71 consid.5.2, 134 V 322 consid.5.2, 126 V 75 consid.5b/cc e 6). Va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (cfr. DTF 134 V 322

consid.5.2 e 6.2). In considerazione dell'esigibilità risp. dei limiti funzionali posti alla ricorrente, da una valutazione prima facie, non si può affermare che in un mercato equilibrato non sussistano sufficienti attività a lei ancora accessibili. Per quanto ella faccia valere che in un mercato del lavoro

- 39 - equilibrato un profilo come il suo non troverebbe oggi più alcuno spazio – a suo dire, pur disponendo di un certificato federale di capacità quale impiegata di commercio e come collaboratrice sanitaria CRS, ella sarebbe stata costretta a lavorare come cameriera e venditrice in panetteria dal 2016 –, giova rilevare che il mercato teorico e astratto determinante nell'ambito del diritto d'invalidità presuppone un mercato offerente numerosi e variegati impieghi che non tiene conto della situazione concreta del mercato lavorativo; tale nozione è di carattere generale (cfr. DTF 134 V 64 consid.4.2.1; STF 9C\_192/2014 del 23 settembre 2014 consid.3.1). Una deduzione sul salario statistico per le limitazioni dovute al danno alla salute si giustifica soltanto se, tenuto conto degli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, anche su un mercato del lavoro equilibrato non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili all'assicurato (cfr. STF 8C\_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2). Queste condizioni, da una valutazione prima facie, non sembrano essere adempite nel caso di specie. Tuttavia questo Tribunale non ritiene di doversi chinare oltre su questo quesito, rilevato che, pur anche volendo tenere conto di una deduzione sociale del 10%, questa non influirebbe sul risultato finale, dato che il grado d'invalidità rimarrebbe al di sotto del 40% (nel caso 38%, con un reddito da invalido di CHF 29'823.15). A titolo abbondanziale, per quanto riguarda l'elemento dell'età, va ritenuto che per il tipo di lavoro della ricorrente ci sarà sempre una richiesta a prescindere dall'età dei lavoratori. Secondo la prassi del Tribunale federale, tenendo in considerazione gli elementi specifici del caso concreto, l'età non avrebbe rilevanza per una deduzione (cfr. al riguardo DTF 146 V 16 consid.7.2.1). 6.6. Tempistiche della procedura AI. 6.6.1. La ricorrente nel ricorso lamenta che la procedura sarebbe iniziata con la sua richiesta del 28 agosto 2018 e pertanto sarebbe pendente da 4,5 anni,

- 40 - ovvero un tempo inadeguato, dato che già da marzo 2021 ci sarebbero stati tutti i documenti per poter emettere una decisione. 6.6.2. Il convenuto non si esprime al riguardo. 6.6.3. La censura di carattere appellatorio della ricorrente non riguarda il grado d'invalidità rispettivamente il suo diritto all'invalidità, né ella fa seguire delle richieste concrete a tale censura. Si nota, a titolo di completezza, che la procedura per l'accertamento del grado d'invalidità è sempre avanzata durante gli anni (v. atti a disposizione) e si sono man mano esperiti e aggiunti nuovi accertamenti per poter chiarire la situazione di salute della ricorrente. La censura risulta quindi non pertinente e come tale non è da trattare in modo più approfondito. 6.7. In apprezzamento di tutte le circostanze del caso concreto, la decisione del convenuto è corretta e come tale da tutelare. 7.1. Secondo l'art. 61 lett. fbis LPGA i.c.d. con l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in caso di una controversia relativa a prestazioni dell'AI, la procedura è soggetta a spese e queste sono da determinare fra i CHF 200.00 e CHF 1'000.00 in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Considerando l'esito della procedura, le spese sono quindi fissate a CHF 700.00 e accollate interamente alla ricorrente (art. 73 cpv. 1 LGA). 7.2. Nel proprio ricorso, la ricorrente chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA garantisce all'assicurato il diritto di farsi patrocinare e di poter beneficiare, a determinate condizioni, del gratuito patrocinio. A livello cantonale l'art. 76 LGA sancisce che, tramite decisione determinante il corso della procedura o decisione nella causa principale, l'autorità può, su

richiesta, concedere l'assistenza giudiziaria gratuita ad una parte che non dispone dei mezzi - 41 - necessari, se la sua causa non è evidentemente temeraria o a priori senza speranza (cpv. 1). La concessione esenta da tutte le spese e tasse di un'autorità. Sono fatte salve le disposizioni sul rimborso (cpv. 2). Laddove le circostanze lo giustificano, l'autorità designa a proprie spese un avvocato. L'indennità si conforma alla legislazione sugli avvocati (cpv. 3). Giusta l'art. 5 dell'ordinanza sulla determinazione dell'onorario degli avvocati (OOA; CS 310.250), per le spese legittime del mandato di gratuito patrocinio e la difesa d'ufficio viene versato all'avvocato un onorario di CHF 200.00 orari più spese necessarie in contanti e imposta sul valore aggiunto. 7.3. Si rileva che la ricorrente è posta al beneficio dell'assistenza sociale pubblica. Con ciò il suo stato d'indigenza va considerato comprovato, non essendo manifestamente in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento (cfr. doc. 3 ricorrente, DTF 119 Ia 11 e 103 Ia 100). La complessità della materia va poi ritenuta tale da giustificare la rappresentanza di un legale. Inoltre, il processo non poteva neppure essere considerato privo di qualsiasi possibilità di successo. Per questi motivi la richiesta è accolta. Giusta la nota d'onorario del 28 agosto 2024, i costi di patrocinio fatturati per il periodo dal 22 dicembre 2023 a 28 agosto 2024 ammontano a CHF 6'989.10 per CHF 270.00/h, comprensivi di spese di 3% e IVA del 7,7% (fino al 31.12.2023) risp. 8,1% (dal 01.01.2024). La tariffa oraria presentata dal legale della ricorrente deve però essere rivista in quanto, secondo l'art. 76 cpv. 3 LGA, l'indennità si conforma alla legislazione sugli avvocati. Secondo l'art. 16 della Legge sugli avvocati (CSC 310.100), in caso di mandati di gratuito patrocinio, l'autorità che si occupa del caso stabilisce l'indennità dell'avvocato in base al dispendio di tempo necessario per un'assistenza giudiziaria appropriata. Secondo l'art.

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