

## **TI\_GERICHTE 32.2009.121 vom 14. Mai 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-05-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.121](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.121)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.121 du 14 mai 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.121 del 14 maggio 2009

### **Regeste**

Ritenuto un grado d'invalidità del 15% a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una riforma professionale ed a una rendita

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

cpv. 1 LAI stabilisce che: " Gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGa) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: a. essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; e b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. " Al riguardo, nel Messaggio (pubblicato sul FF N. 30 del 2 agosto 2005, pag. 3989-4130) concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (5 a revisione dell'AI) si legge che: " Capoverso 1: il presente capoverso stabilisce le condizioni generali d'assegnazione per i provvedimenti d'integrazione. Le condizioni applicabili rimangono essenzialmente le stesse, ma in futuro basterà che vi sia una minaccia di invalidità e non più una minaccia diretta di invalidità. La legge precisa ora espressamente che i provvedimenti d'integrazione possono essere assegnati solo se sono adempiute sia le condizioni d'assegnazione generali sia le condizioni specifiche applicabili ai diversi provvedimenti d'integrazione. " Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riforma professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 cpv. 1 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). 2.4. L'art. 17 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 108, consid. 2b, pag. 110-111; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 108, consid. 2a, pag. 109-110; DTF 122 V 77, consid. 3b/bb, pag. 79-80; RCC pag.

495 consid. 2a). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 131). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposto a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 108, consid. 2b, pag. 110-111) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000, pag. 31-32, consid. 2 e 3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108).

2.5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza – di regola – non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, *op. cit.*, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione

personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va precisato che, secondo una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA del 30 giugno 2004 nella causa W., I 166/03, consid. 3.2)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid.

3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.7. Nell’evenienza concreta il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nel rapporto medico 11 marzo 2009 (doc. AI 49/1-3) – posta la diagnosi principale di “(...) malformazione congenita delle due mani in esiti di molteplici interventi chirurgici (Synhexadactylia) – esiti di amputazione del IV metacarpo della mano destra (07.2008) (...)” e, senza influsso sulla capacità lavorativa, quella di “(...) sospetta sindrome da disadattamento (...)” (doc. AI 49/1) e ritenuti i seguenti limiti funzionali: “(...) attività senza impegno della mano destra e che non implichi frequenti movimenti di presa con la mano destra (...)” (doc. AI 49/2) –, ha concluso per una incapacità lavorativa nella sua attività abituale del 50% dal 17 novembre 2008 (100% dal 22 luglio al 16 novembre 2008) e per una capacità lavorativa totale in un’attività adeguata dal 9 marzo 2009. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna, nel rapporto 6 marzo 2009 all’intenzione della Cassa malati (doc. 18/1-3 dell’incarto cassa malati) – posta la diagnosi di “(...) malformazione congenita delle due mani (Synhexadactylia) ■ esiti da molteplici interventi chirurgici (dal 1989) – digitus superductus congenito ■ amputazione del IV metacarpale della mano destra (23 luglio 2008) (...)” (doc. 18/3 dell’incarto cassa malati) – si era così espresso sulla capacità lavorativa: “(...) inabile al lavoro al 100% dal 22 luglio al 16 novembre 2008, 50% dal 17 novembre 2008 (20½ ore settimanali). Dal 20 al 25 gennaio 2009 era inabile al lavoro al 100% per una malattia intercorrente (in cura del Dr. \_\_\_\_\_). Tenendo conto dei disturbi ancora credibilmente accusati, l’inabilità lavorativa parziale è giustificata. La capacità lavorativa sarebbe piena in un’attività senza impegno della mano destra o molto leggera, senza frequenti movimenti di presa con la mano destra. (...)” (doc. AI 18/3 dell’incarto cassa malati). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica Spec. chirurgia della mano, nel rapporto medico 14 gennaio 2009 (doc. AI 42/1-5) – poste le diagnosi note e confermata un’inabilità lavorativa quale venditrice del 100% dal 22 luglio al 16 novembre 2008 e del 50% dal 17 novembre 2008 –, aveva attestato che in un’attività adeguata allo stato di salute l’assicurata è in grado di lavorare 40 ore alla settimana. Lo stesso sanitario, per quanto da lui valutabile, aveva inoltre attestato delle risorse psichiche illimitate pur osservando: “(...) attuale labilità psicologica (...)” (doc. AI 43/4). 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell’ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell’ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla

base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)"

(cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va qui evidenziato che in una sentenza del 14 luglio 2009, 9C\_332/2009 destinata alla pubblicazione, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.2 Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 zu Absatz 2 und 4577 Ziff. 2.2.1 zu Art. 7 Absatz 2; vgl. auch Protokolle der Sitzungen der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 11.-13. Januar 2006, S. 98 ff., resp. vom 29./30. Mai 2006, S. 62 f.; Beatrice Breitenmoser, Die Antworten des Gesetzgebers in der 4. und 5. IVG-Revision: Die zentralen Punkte der beiden Revisionen, in: Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen

und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hierzu Protokoll der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten (Urteil 9C\_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C\_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungsberichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievore) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (STF del 14 luglio 2009 nella causa Z., 9C\_323/2009, consid. 4.2 e 4.3) Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della

malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_, il quale, sulla base degli atti, ha compiutamente valutato le affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito all'assenza di patologie psichiatriche con ripercussioni sulla capacità di lavoro e alla capacità lavorativa del 50% nella sua attività abituale dal novembre 2008 e del 100% in un'attività adeguata dal marzo 2009. 2.9.1. Per quanto riguarda l'aspetto extra somatico va rilevato che il dr. \_\_\_\_\_, oltre a non essere specialista, non ha attestato alcuna patologia psichiatrica secondo l'ICD 10 e che, al contrario, come sopra già evidenziato (cfr. consid. 2.7), dopo aver certificato delle risorse psichiche illimitate, si è limitato a evidenziare una "(...) attuale labilità psicologica (...) " (doc. AI 43/4). Lo stesso sanitario, nello scritto 14 gennaio 2009 indirizzato all'Ufficio AI, ha poi solo osservato che "(...) sarebbe sicuramente auspicabile che la paziente potesse beneficiare di un supporto psicologico per il quale chiedo il vostro benessere. (...) " (doc. AI 42/1). D'altra parte, nella nota 24 febbraio 2009, che riferisce di un contatto avuto con l'assicurata, il funzionario riporta che "(...) la signora RI 1 mi conferma che non è in cura per affezioni psichiatriche, non segue nessun sostegno psicoterapeutico per depressione e non sono previsti appuntamenti o contatti con uno specialista in psichiatria. (...) " (doc. AI 48/1). Inoltre neppure l'avv. RA 1 ha trasmesso al TCA qualsivoglia documentazione medica specialistica della menzionata dr.ssa \_\_\_\_\_ che avrebbe incontrato la paziente il 1. settembre 2009 (cfr. lo scritto del 31 agosto 2009 nel quale il legale si è riservato di produrre la "(...) presa di posizione da parte della specialista in psichiatria e psicoterapia Dott.ssa \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (...) " [X]). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Del resto, a prescindere dal fatto che nessuno specialista l'ha diagnosticata, va qui ricordato che generalmente le depressioni reattive non sono considerate affezioni invalidanti, poiché di regola sono facilmente influenzabili e scompaiono dopo poco tempo, ad esempio se viene meno la causa di tale affezione (DTF 127 V 294 consid. 4a). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto 20 agosto 2009, indirizzato all'avv. RA 1, nel quale il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale, ha

osservato, in modo del tutto generico, che “(...) la menomazione fisica ed il mancato, sperato recupero funzionale, hanno portato ad una sindrome depressivo-ansiosa. Ho iniziato un trattamento medicamentoso con Cymbalta, tuttavia è auspicabile anche un sostegno psichiatrico. (...)” (doc. B/2). 2.9.2. Per quanto riguarda l’aspetto somatico il TCA si limita qui a rilevare quanto segue. Il dr. \_\_\_\_\_, come visto sopra (cfr. consid. 2.7), ha attestato che in un’attività adeguata allo stato di salute l’assicurata è in grado di lavorare 40 ore alla settimana. Lo stesso sanitario, pur avendone avuto la possibilità, nel rapporto 20 agosto 2009 indirizzato all’avv. RA 1, non solo non ha contestato le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ ma, al contrario, le ha confermate: “(...) l’inabilità lavorativa persiste al 50% nella sua attività attuale. Sarebbe sicuramente minore o addirittura nulla qualora potesse effettuare un’attività che non richiedesse sforzi né movimenti ripetitivi della mano destra. (...)” (doc. B/1). Anche il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto 28 agosto 2009 (doc. B/2), non ha posto delle diagnosi nuove, non ha contestato la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ e non si è espresso sulla capacità lavorativa in un’attività adeguata. Lo stesso sanitario ha poi evidenziato in modo del tutto generico che “(...) dal punto di vista dell’abilità lavorativa e vista la giovane età della P., propongo una riqualifica professionale in un lavoro dove l’uso delle mani resta marginale e limitato, inoltre propongo una rivalutazione dell’invalidità residua considerando le due mani, che a mio avviso è stata sottovalutata. Purtroppo non ho a disposizione alcun documento o rapporto da parte del dott. \_\_\_\_\_. Sarebbe opportuno richiedere anche il suo parere in merito. (...)” (doc. B/2, pag. 2). Al riguardo il TCA rileva che il dr. \_\_\_\_\_, prima di attestare, nel rapporto 19 gennaio 2009, una capacità lavorativa totale in un’attività adeguata – esigibilità di un’attività lavorativa: “(...) in un’attività adeguata allo stato di salute 40 ore/settimana (...)” (doc. AI 43/5) –, nel rapporto intermedio 17 dicembre 2008 (doc. 8/1-3 dell’incarto cassa malati), alla domanda volta a sapere in che misura e a quali condizioni l’attività svolta finora è ancora ragionevolmente esigibile, aveva risposto: “(...) al 100% probabilmente fra qualche mese. (...)” (doc. 8/2 dell’incarto cassa malati). 2.9.3. Questo Tribunale, conformemente alla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), può dunque fare proprie le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_: assenza di patologie psichiatriche con ripercussioni sulla capacità di lavoro e capacità lavorativa del 50% nella sua attività abituale dal novembre 2008 e del 100% in un’attività adeguata dal marzo 2009 (cfr. doc. AI 49/1-3). Inoltre, non essendo l’interessata affetta da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l’incapacità al guadagno dell’assicurata sino all’emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbst-verantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 129 V 51 consid. 2.4; DTF 126 V 353 consid. 5b; DTF 125 V 193 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che sino al momento dell’emanazione della decisione impugnata l’assicurata presentava, dal novembre 2008, una capacità lavorativa del 50% nella sua attività abituale e, dal marzo 2009, del 100% in un’attività adeguata. Ciononostante va fatto

presente all'assicurata che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4) 2.9.4. Quanto alla richiesta, formulata dall'avv. RA 1, di una perizia pluridisciplinare, il TCA rileva quanto segue. Va qui innanzitutto ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, già si è detto che il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto 19 gennaio 2009 (doc. AI 43/1-5), ha attestato una capacità lavorativa totale in un lavoro adeguato e che, nel rapporto 20 agosto 2009 indirizzato all'avv. RA 1 (doc. B/1), non ha contestato le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_. Anche il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto 28 agosto 2009 (doc. B/2), non ha posto delle diagnosi nuove, non ha contestato la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ e non si è espresso sulla capacità lavorativa in un'attività adeguata. La richiesta di una perizia giudiziaria va pertanto disattesa. 2.10. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.10.1. Ai fini della valutazione economica, nel rapporto finale 27 marzo 2009 (doc. AI 50/1-3), la consulente in integrazione professionale, tenuto conto delle valutazioni mediche suindicate e dei seguenti limiti funzionali: "(...) attività senza impegno della mano destra o molto leggera e che non implichi frequenti movimenti di presa con la mano destra (...)" (doc. AI 50/1), ha indicato che "(...) l'assicurata potrebbe essere reintegrata sul mercato del lavoro supposto in equilibrio, in attività leggere, poco qualificate e confacenti con il danno alla salute, ad esempio nel settore dell'industria quale operaia generica addetta al controllo, all'imballaggio, alla pulitura, alla stampa, alla tamponatura, al riempimento, alla confezione, alla preparazione e distribuzione serie. Chiaramente si deve trattare di attività che non richiedono sforzi particolari con la mano destra e che non implicano particolari mansioni di precisione. Nel settore industriale la signora RI 1 i potrebbe inoltre essere impiegata in mansioni di controllo/sorveglianza del funzionamento e della qualità. E' indubbio che i limiti presentati restringano la gamma di attività possibili in questo contesto ma si ritiene che vi sono delle mansioni sufficientemente rappresentative che permettono all'assicurata di sfruttare al meglio la sua capacità lavorativa. (...)" (doc. AI 50/2). Per quanto riguarda l'argomentazione sviluppata dall'avv. RA 1 stante la quale le limitazioni riguarderebbero entrambe le mani e l'assicurata non sarebbe in grado di lavorare sull'arco di un'intera giornata lavorativa, il TCA rileva quanto segue. Innanzitutto va rilevato che dal questionario per il datore di lavoro (doc. AI 44/1-7), fatta salva una breve incapacità

lavorativa del 100% dall'11 al 16 febbraio 2008, risulta che l'assicurata ha iniziato il proprio impiego il 1. febbraio 2008 e che fino al 21 luglio 2008 ha lavorato a tempo pieno. L'inabilità lavorativa del 100% dal 22 luglio 2008 è poi da ricondurre all'operazione di amputazione metacarpale del IV raggio della mano destra (vedi il rapporto operatorio 23 luglio 2008 del dr. \_\_\_\_\_ sub doc. AI 43/10, dal quale si evince pure che il sanitario doveva aver considerato la problematica di entrambe le mani avendo posto la diagnosi di: "[...] digitus superductus IV mano destra. Stato dopo molteplici interventi chirurgici per malformazioni congenite alle mani. [...]"). Inoltre, come visto sopra, da un punto di vista medico l'assi-curata è stata ritenuta abile al lavoro al 100% in un'attività adeguata. Alla luce di queste considerazioni, non possono quindi essere accolte le critiche formulate dal patrocinatore dell'assicurata e le attività indicate dalla consulente in integrazione professionale devono quindi essere considerate esigibili, in quanto rispettose dei limiti funzionali dell'interessata, ritenuto inoltre che all'assicurata incombe l'obbligo di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumut-barkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). D'altro canto, il TCA non ignora le difficoltà che presenta il mercato del lavoro svizzero. Tuttavia, ciò rappresenta 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 (STFA inedita del

## **E. 8.2**

Come rettamente rilevato dal Presidente del Tribunale cantonale, tuttavia, la questione se la capacità lavorativa in posizione prevalentemente eretta risulta effettivamente ridotta non va risolta in questa sede. In effetti in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4, tabella TA1) - un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurato (v. per analogia la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 324/00 del 5 giugno 2001, consid. 2b) - la Corte ha già ripetutamente statuito, in casi con limitazioni funzionali analoghe, che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347 ; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda anche la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). A ciò si aggiunge che, tramite la riduzione del reddito ammessa dalla giurisprudenza ( DTF 126 V 75 ) si tien conto delle limitazioni riconducibili al danno alla salute, come ad esempio dell'impossibilità di portare pesi superiori ad una certa misura e quindi anche del fatto che la persona può, in realtà svolgere, solo lavori leggeri ("leidensbedingte Einschränkung", DTF 129 V 472 consid. 4.2.3 pag. 481 con riferimenti, sentenza I 418/06 del 24 settembre 2007, consid. 4.3). (...)." (STFA del 23 aprile 2008, nella causa F., 8C\_399/2007, consid. 8.2) 2.10.2. Secondo la

giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01 ), per cui nel caso concreto (cfr. art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) sarebbero determinanti i dati del 2009 visto che è dal 2008 che l'assicurata ha iniziato ad essere, dapprima al 100% poi al 50%, inabile al lavoro nella sua attività abituale di venditrice.

2.10.3. Riguardo all'accertamento del reddito da valido, va ricordato che, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 ) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare, edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Il Tribunale federale, in una sentenza 8C\_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti ( DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). (...)"

Dagli atti risulta che nel 2009, quale venditrice presso la \_\_\_\_\_, senza il danno alla salute, l'assicurata avrebbe potuto conseguire un reddito annuo pari a fr. 45'500.-- (3'500.-- x 13 = 45'500.-- vedi doc. AI 44/3 punto 2.10 e 50/2). L'importo di fr. 45'500.--, peraltro rimasto incontestato e determinato correttamente dalla consulente in integrazione professionale sulla base di quanto attestato dal datore di lavoro, va ritenuto quale reddito da valido per l'anno 2009.

2.10.4. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg.. Tale reddito va segnatamente determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF

126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, secondo la giurisprudenza federale, 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. Il TFA 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. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Questa Corte, con sentenza del 7 aprile 2008 nella causa D. (32.2007.165), fondandosi sulla sentenza del 20 febbraio 2008 nella causa C., (U 8/07), ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Il TF, con sentenza del 23 aprile 2008 nella causa F. (8C\_399/2007), ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV Nr. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza la quale, nella sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009, ha ricordato che: " (...) 3.3 In una recente sentenza 8C\_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali. (cfr. STFA del 3 giugno 2009 nella causa P., 8C\_44/2009, consid. 3.3) 2.10.5. Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2009 una attività semplice e ripetitiva, livello di

qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 53'048.88 ( fr. 4'019.-- aggiornati al 2008 [x 2175 : 2140 per il 2007 e x 2219 : 2175 per il 2008; cfr. tabella B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 9-2009, pag. 95], riportati su 41.6 ore [ cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2009, pag. 94 ], moltiplicati per 2% [ pari alla variazione percentuale dei salari in termini nominali riscontrata nel primo trimestre del 2009] e infine ancora moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] ). Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2009 (con un grado di occupazione del 100%) quale venditrice presso la \_\_\_\_\_ (fr. 45'500.--, cfr. consid. 2.10.3), è inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore commercio al dettaglio e riparazioni (Tabella TA1 2006, p.to 52, commercio al dettaglio e riparazioni, livello di qualifica 4: fr. 3'946.-- aggiornati al 2008 [moltiplicando per le variazioni percentuali dei salari dell'1,6% nel 2007 e del 2% nel 2008; cfr. tabella B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 9-2009, pag. 95], riportati su 41.6 ore/settimana [ cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2009, pag. 94 ], moltiplicati per 2% [ pari alla variazione percentuale dei salari in termini nominali riscontrata nel primo trimestre del 2009] e infine ancora moltiplicati per 12 mesi [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] = fr. 52'055.39 ). Conformemente alla giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.10.4) e posto che dall'incarto non emergono indizi a favore del fatto che fosse intenzione dell'assicurata accontentarsi di un guadagno modesto, il reddito statistico da invalido (fr. 53'048.88) va dunque ridotto dell'8.56%, percentuale corrispondente al gap salariale (fr. 45'500.-- contro fr. 52'055.39 meno i primi 5 punti %), e si attesta pertanto a fr. 48'507.89 (fr. 53'048.88 ridotti dell'8.56% = fr. 48'507.89). Applicando poi la riduzione del 20% (deduzione questa conforme alla giurisprudenza federale [DTF 126 V 80 consid. 5b/cc] e riconosciuta dalla consulente in integrazione professionale che l'ha così motivata: "(...) riduzione del 10% per attività leggera e del 10% in considerazione dei limiti funzionali legati all'uso della mano destra che potrebbero limitare l'assicurata in alcune mansioni o ridurre il suo rendimento (...)") (doc. AI 50/2) il reddito da invalido risulta essere infine pari a fr. 38'806.31 (fr. 48'507.89 ridotti del 20%).

2.10.6. Ritenuti i redditi da valido e invalido (anno 2009) di fr. 45'500.-- (cfr. consid. 2.10.3) rispettivamente di fr. 38'806.31 (cfr. consid. 2.10.5), il grado d'invalidità deve essere pertanto cifrato al 15% ([ 45'500 – 38'806.31] : 45'500 x 100 = 14.71% arrotondato al 15% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2).

2.11. In simili circostanze è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto a una riforma professionale e a una rendita (cfr. consid. 2.4 e 2.5). La decisione impugnata va quindi confermata.

2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 200.-- sono poste a carico della ricorrente.

2.13. Nel ricorso l'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che

l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (U. Kieser, “ATSG – Kommentar”, ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il TCA, chiamato ora a pronunciarsi, ritiene che nella presente fattispecie non sia soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole (cfr. STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA dell'8 febbraio 2001 nella causa B., I 446/00; STFA del 26 settembre 2000 nella causa D.N., U 220/99; STFA del 17 ottobre 2001 nella causa X, 1P.569/2001; STFA del 6 marzo 2001 nella causa E. e E., 5P.426/2000; STFA del 17 maggio 2000 nella causa B., 1P 281/2000; DTF 119 Ia 253 consid. 3b). Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA del 26 settembre 2000 nella causa D.N.; RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251; B. Cocchi/F. Trezzini, Codice di procedura civile ticinese massimato e commentato, Lugano 2000, ad art. 157, pag. 491-492, n. 1). Per valutare, in sede ricorsuale, la probabilità di esito favorevole è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA del 9 agosto 2005 nella causa M., K 75/05; STFA del 10 agosto 2005 nella causa M., I 173/04; STFA del 29 agosto 2005 nella causa H., I 422/04; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; B. Cocchi/F. Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce della giurisprudenza federale e delle considerazioni sopra esposte, la presente vertenza doveva apparire, dopo un esame forzatamente sommario, destinata all'insuccesso già al momento della presentazione del ricorso, in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, come esposto ai considerandi precedenti, lo stesso dr. \_\_\_\_\_ aveva ritenuto l'assicurata abile al lavoro al 100% in un'attività adeguata. Inoltre, sia il dr. \_\_\_\_\_ che il dr. \_\_\_\_\_, nei rispettivi rapporti 20 e 28 agosto 2009 prodotti in sede ricorsuale sub doc. B/1 e B/2, non hanno contestato le conclusioni a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ e sulle quali si è fondato il dr. \_\_\_\_\_. La conclusione secondo cui la lite era già di primo acchito destituita di esito favorevole si giustifica tanto più se si considera che nemmeno l'assicurata ha poi prodotto la preannunciata documentazione di carattere medico psichiatrico. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve pertanto essere respinta.

settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'in-teressato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., pag. 83). In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione. In esito alle considerazioni che precedono, il TCA deve dunque concludere che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività adeguate che l'assicurata sarebbe in grado di esercitare nella misura del 100%, nonostante il danno alla salute. Al riguardo è utile segnalare che, 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 TFA 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 (cfr. VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Il Tribunale federale ha nuovamente avuto occasione di ribadire la sua giurisprudenza nella STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008, con la quale ha confermato la STCA 35.2007.42 del 21 giugno 2007, osservando: " (...)

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