

TI_GERICHTE 32.2010.206 vom 15. Juni 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-06-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.206

FR: TI_GERICHTE 32.2010.206 du 15 juin 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.206 del 15 giugno 2010

Regeste

Richiesta di una rendita AI respinta in assenza di un grado d'invalidità pensionabile

Erwägungen

E. 11

L'insorgente nelle more processuali ha prodotto nuova documentazione medica, contestando in pratica la valutazione dei periti dal punto di vista psichiatrico. Tuttavia il certificato del _____ di _____ del 25 giugno 2010 (doc. A3), sottoscritto del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia e dal dr. med. _____, non è atto a sovvertire le convincenti conclusioni del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. In effetti gli specialisti della struttura _____, senza porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (ma affermando che vi è “ un disturbo ansioso e depressivo ” e una “ sintomatologia ansiosa di tipo agorafobico ”), hanno fatto riferimento a copia del rapporto trasmesso all'UAI nel corso del mese di giugno 2009, già preso in considerazione dai periti del SAM (cfr. doc. AI 30-1 e 38-3) ed hanno in sostanza valutato diversamente la capacità lavorativa della ricorrente rispetto a quanto stabilito dai periti senza tuttavia confrontarsi con le convincenti e concludenti valutazioni del SAM. Essi hanno del resto rilevato “ un discreto miglioramento del quadro timico ”, pur continuando a persistere una sintomatologia ansiosa di tipo agorafobico, anch'essa, tuttavia, già presa in considerazione nell'ambito della valutazione peritale. Come evidenziano i medici SMR, dr. med. _____ e dr.ssa med. _____, dalla documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato clinico dell'assicurata (cfr. doc. VI/Bis). Anche il certificato dell'8 luglio 2010 della dr.ssa med. _____ non può essere d'aiuto alla ricorrente. La curante (cfr., per quanto concerne il valore probatorio delle valutazioni dei medici curanti, consid. 9), non è specialista in ambito psichiatrico e si è limitata a certificare una totale inabilità lavorativa per la presenza di una sindrome ansioso depressiva, senza spiegare per quale motivo la perizia del SAM non sarebbe probante. Va qui evidenziato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Non va poi dimenticato che con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l'assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351

consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). Inoltre, va ribadito che le conclusioni peritali sono state confermate anche dai medici SMR, dapprima la dr.ssa med. _____ ed in seguito i dr. med. _____ e dr.ssa med. _____, quest'ultima specialista in psichiatria. A questo riguardo va ricordato che per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006, I 938/05, 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 e 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 938/03, consid. 3.2) Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni dei medici SMR, dr. med. _____ e dr.ssa med. _____ (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008), a giusta ragione, l'UAI ha concluso che l'interessata è abile al lavoro all'80% per l'attività di telefonista da ultimo esercitata e al 75% per le attività abituali esercitate in precedenza di ausiliaria di pulizie e di cuoca e aiuto-cucina, oltre che all'80% in attività leggere confacenti al suo stato di salute e al 75% in attività fisicamente impegnative, dal mese di gennaio 2006 (doc. AI 38-16). Per contro dal febbraio 2005 al dicembre 2005 l'interessata, nelle precedenti attività, è stata incapace al lavoro al 50% (cfr. perizia SAM, doc. AI 38-15/16).

12. L'interessata, con il ricorso, afferma che “ sarà mia premura presentare quanto prima altre certificazioni mediche a sostegno del mio precario stato di salute .” (doc. I). Con le osservazioni del 7 settembre 2010 l'insorgente rammenta di essere tutt'ora seguita dal dr. med. _____ (doc. VIII) e, malgrado il lungo tempo trascorso, non ha più trasmesso alcuna documentazione. Giova qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio. Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. E' dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; MEYER, “Die Rechtspflege in der Sozialversicherung” in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; SPIRA, “Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale” in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; KURMANN, “Verwaltungsverfahren und Verwaltungspflege in erster Instanz” in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; BEATI in: “Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali”, Lugano 1993, pag. 1 seg.). Su questi aspetti, si veda in particolare: DUC, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che “besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann”. L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. 13. In concreto, malgrado il lungo tempo trascorso, la ricorrente non ha trasmesso al TCA nessun certificato medico. Viste le concludenti, convincenti ed illuminanti motivazioni dei periti del SAM contenute nel loro approfondito referto del 9 dicembre 2009 (doc. AI 38-1) e tenuto conto delle successive prese di posizione della curante, dr.ssa med. _____ dell'8 luglio 2010 (doc. A4) e dei dr. med. _____ e _____ del 25 giugno 2010, i quali hanno pure evidenziato di aver assistito “ ad un discreto miglioramento del quadro timico ” (doc. A3), nonché delle valutazioni dei medici SMR, questo Tribunale non vede alcun motivo per procedere ad ulteriori accertamenti ed in particolare per assumere ulteriori prove. Va a questo proposito evidenziato che con sentenza 8C_45/2010 del 26 marzo 2010 l'Alta Corte ha affermato: “ (...) che nel settore delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio, che in virtù di tale principio il giudice deve accertare d'ufficio i fatti determinanti della causa, fermo restando tuttavia l'obbligo per le parti di collaborare a tale accertamento nella misura in cui ciò risulti loro possibile ed esigibile, che il giudice deve segnatamente

procedere o disporre indagini supplementari in presenza di valide ragioni, quali possono essere delle censure invocate dalle parti o comunque degli indizi risultanti dagli atti (DTF 117 V 282 consid. 4a con riferimenti), che nella misura in cui, procedendo a un apprezzamento anticipato delle prove (vedi al riguardo DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 428 seg. 125 I 127 consid. 6c/cc pag. 135; 124 I 208 consid. 4a pag. 211 con rinvii), ha rinunciato a disporre ulteriori accertamenti e ad acquisire il rapporto medico in questione, il primo giudice non è incorso in un apprezzamento arbitrario delle prove (sul vasto margine di apprezzamento che compete all'autorità cantonale in questo ambito e, di riflesso, sul ristretto margine di intervento del Tribunale federale cfr. DTF 131 I 153 consid. 3 pag. 157 seg. con riferimenti), che nemmeno si è reso responsabile di un accertamento inesatto o incompleto dei fatti, che infondata risulta in particolare l'invocata violazione del diritto di essere sentito per avere il primo giudice statuito senza attendere il rapporto medico del dott. B. _____, preannunciato dall'allora patrocinatore del ricorrente, che al momento in cui, il 16 ottobre 2009, il legale dell'insorgente ha preannunciato detto rapporto, il primo giudice poteva attendersi che il documento fosse inoltrato entro un termine ragionevole, che quando il 10 dicembre 2009 l'istanza inferiore ha statuito, poteva in buona fede ritenere che l'insorgente avesse rinunciato alla produzione dell'atto medico in questione, che anche qualora si volesse ammettere una violazione del diritto di essere sentito da parte del primo giudice, ipotesi che consentirebbe di considerare il rapporto del dott. B. _____ quale nuovo mezzo di prova ammissibile ai sensi dell'art. 99 cpv. 1 LTF (cfr. BERNARD CORBOZ, in Commentaire de la LTF, Berna 2009, n. 23 ad art. 99 LTF), ciò non modificherebbe l'esito della vertenza, il rapporto stesso, che suggerisce diverse misure mediche, essendo inidoneo a rimettere in discussione i punti litigiosi decisi dall'istanza inferiore (grado di invalidità e di menomazione all'integrità), che oltretutto, il referto del dott. B. _____ si riferisce ad una situazione fattuale posteriore alla data decisiva della decisione su opposizione impugnata, che ad ogni modo, la pronuncia cantonale non è criticabile nella misura in cui il primo giudice ha ritenuto di poter confermare la valutazione dell'invalidità e della menomazione all'integrità operata dall'assicuratore infortuni, che ulteriori verifiche nel senso auspicato dal ricorrente, che chiede l'esperimento degli accertamenti necessari per valutare il dolore al piede e l'esigibilità lavorativa, non sono necessarie, dalle stesse non potendosi attendere con ogni verosimiglianza nuovi elementi probatori di rilievo suscettibili di modificare l'esito del presente apprezzamento.”

(sottolineature del redattore) Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In queste condizioni, per i motivi sopra esposti, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va infine rilevato che secondo costante giurisprudenza del TF, l'autorità

giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 15 giugno 2010), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Per cui se ci dovesse essere stato un peggioramento dello stato di salute successivamente all'emanazione della decisione, esso dovrà semmai essere l'oggetto di una nuova domanda. 14. In concreto, ritenuto che nell'attività di telefonista/ricezionista da ultimo esercitata l'insorgente dal gennaio 2006 è abile al lavoro nella misura dell'80%, mentre nelle altre attività abituali esercitate in precedenza di ausiliaria di pulizia, ma anche di cuoca ed aiuto-cucina è abile al lavoro al 75%, già solo per questo motivo all'interessata va negato il diritto alla rendita. Infatti, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di tutto quanto esposto, visto che l'assicurata presentava, secondo la perizia pluridisciplinare del SAM, una capacità al lavoro nella misura del 75/80 % nelle sue precedenti occupazioni, la ricorrente, per ridurre il danno, deve continuare a mettere a frutto questa sua capacità nelle sue precedenti professioni di telefonista/ricezionista, ausiliaria di pulizia, cuoca o aiuto-cucina. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di incapacità lavorativa del 20% o del 25% della ricorrente nelle precedenti attività non raggiunge il grado minimo di invalidità pensionabile (40%), non vi sono i presupposti per concedergli una rendita. A questo proposito nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalidité qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." 15. Va del resto evidenziato che anche volendo procedere all'usuale raffronto dei redditi nell'ambito della capacità lavorativa in attività adatte al suo stato di salute, l'interessata non raggiungerebbe comunque un grado d'invalidità pensionabile. 16. Innanzitutto, per quanto concerne la censura sollevata dalla ricorrente che afferma di non poter essere integrata nel mercato del lavoro in attività leggere, va evidenziato come il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della

proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schultess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e dunque fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, 1997, p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (ZAK 1989 p. 322; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 124). N el 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, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, 1991, 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. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa ■ conformemente a un principio generale vigente anche nel diritto delle assicurazioni sociali ■ all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno (DTF 123 V 233, 117 V 278 e 400 e i ivi riferimenti; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 1995, p. 61). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (DTF 113 V 28 e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer-Blaser, op. cit., p. 221). Come detto, tutte le circostanze d'ordine sociale e personale dell'assicurato di per sé non sono determinanti per la valutazione dell'invalidità, ma sono piuttosto rilevanti di principio per la fissazione, se del caso, del reddito ipotetico da invalido (DTF 126 V 78; STFA 14 febbraio 2004 nella causa T, I 594/04; Pratique VSI 2002 p. 64). In concreto va evidenziato che esiste un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili che non richiedono necessaria-mente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 463/00 del 28 ottobre 2003, consid. 3.3). Il TF ha così già ripetutamente statuito 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; Pratique VSI 1998 pag. 293 consid. 3b pag. 296; 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 aperto a personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 328 consid. 4a pag. 331), 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 (RCC 1980 pag. 481 consid. 2 pag. 482; 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). 17. Per accertare il reddito senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (sentenze 13 giugno 2003 I 475/01 e 23 maggio 2000, 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). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche sentenza del 30 dicembre 2002, I 56/02). Per calcolare il reddito da valida la consulente in integrazione professionale si è correttamente basata sui dati statistici di riferimento per un'attività semplice e ripetitiva (livello di qualifica 4), visto che dopo essere stata al beneficio di prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione negli anni 2003-2005, l'insorgente ha ricevuto aiuti dall'assistenza pubblica e che in precedenza ha lavorato solo pochi mesi per la _____ quale telefonista (cfr. doc. disoccupazione 1-2 e 1-5) per cui lo stipendio incassato in quel periodo non è rappresentativo del reddito che avrebbe potuto guadagnare da valida (cfr. anche sentenza del 28 settembre 2010, inc. 32.2010.37, consid. 11). In concreto vanno tuttavia utilizzati i dati forniti dalla tabella TA1 2006 (anno d'inizio dell'eventuale diritto alla rendita) elaborata dall'Ufficio federale di statistica. La ricorrente, svolgendo nel 2006 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario annuale lordo pari a fr. 50'277.70 (4'019 : 40 X 41.7 X 12 ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Questo dato va preso in considerazione anche per il reddito da invalida. Infatti la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono,

conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Va qui rilevato che, 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. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. 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). In concreto la consulente in integrazione ha deciso una riduzione del 6% per attività leggere. In concreto, ritenuto che l'insorgente non ha contestato la riduzione applicata dall'UAI né in sede di osservazioni al progetto di decisione né in sede di ricorso, e che, per costante giurisprudenza, il giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6), questo Tribunale non ha motivo per non far propria la riduzione decisa dalla consulente in integrazione. Ne segue che tenuto conto di un'esigibilità del 75% (ipotesi più favorevole alla ricorrente) che porta il salario da invalida a fr. 37'308.30 e di una riduzione del 6%, il salario da invalida ammonta a fr. 35'445.80, che raffrontato con quello da valida di fr. 50'277.70, dà un grado d'invalidità del 30% che non permette alla ricorrente di ottenere il diritto ad una rendita. Va qui evidenziato che raffrontando i redditi nel 2007, 2008, 2009 e 2010, dovendoli entrambi aggiornare all'evoluzione dei salari, il risultato, sostanzialmente, non cambierebbe. Infatti, nel 2007 i salari da valida ed invalida andrebbero aumentati del 1.6% (cfr. la vie économique 6-2010 tabella 10.2 pag. 95) per un grado d'invalidità del 29% (fr. 36'013 per il salario da invalida e fr. 51'082 per il salario da valida). Allo stesso modo per il 2008, aumentando i salari del 2% (la vie économique 6-2010 tabella 10.2 pag. 95), si raggiungerebbe il 30% (per un salario da invalida di fr. 36'733 e da valida di fr. 52'104), così come nel 2009 (aumento del 2.1% per salari di fr. 37'504 e fr. 53'198) e nel 2010 (aumento dello 0.9% secondo i dati del terzo trimestre attualmente disponibili, cfr. bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/key/lohn-entwicklung/quartal.html; salari di fr. 37'842 e fr. 53'677). In queste condizioni è a giusta ragione che l'UAI ha rifiutato di assegnare una rendita alla ricorrente. 18. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI 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, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.