

## **TI\_GERICHTE 32.2012.81 vom 16. Februar 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-02-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.81)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.81 du 16 février 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.81 del 16 febbraio 2012

### **Regeste**

A giusta ragione l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata. Confermata perizia medica ortopedica e assenza di patologia psichica invalidante. Non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C\_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En

revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus malade. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." Sul tema confronta la sentenza 9C\_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (nдр.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si

giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) Il TF, in una sentenza 9C\_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in SVR 2011 IV Nr. 56, ha esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.4. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha affidato alla Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il mandato di esperire una perizia specialistica. Nel rapporto peritale del 16 dicembre 2011 la Dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo aver illustrato il decorso, lo sviluppo della malattia, i risultati della terapia, i dati soggettivi e le constatazioni obiettive ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4.

Diagnosi 4.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro - esistenti da quando? -  
Sindrome dolorosa della mano destra e del polso destro con stato dopo contusione del polso  
destro nel 2004 - Sindrome cervico-cefalica e lombovertebrale su modica scoliosi a "S"  
inversa dal 2009 4.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro -

esistenti da quando? - Sindrome mista ansioso-depressiva; sindrome  
somatoforme da dolore persistente dal 2007 (...) 5. Valutazione e prognosi Trattasi di  
un'assicurata di 39 anni in buone condizioni generali. Dopo infortunio con contusione del  
polso/della mano destra il 08.01.2004 al posto di lavoro persistono dolori alla mano e al  
polso destro che l'assicurata non riprende più il lavoro fino ad oggi. Subito dopo l'infortunio  
viene esclusa una frattura tramite radiografie del polso destro e tre settimane dopo tramite  
una Artro-RM del polso destro vengono escluse lesioni ossee, dei legamenti o della  
cartilagine. Anche il Dr. \_\_\_\_\_, specialista della mano, 6 mesi dopo l'infortunio non  
può trovare una causa organica dei disturbi ed esclude tramite scintigrafia ossea del  
04.08.2004 lesioni ossee strutturali /i permetabo-liche dell'avambraccio destro. Una  
valutazione psichiatrica della Dr.ssa \_\_\_\_\_ parla di una sindrome comportamentale di  
richiamo di attenzione di tipo istrionico, preoccupata. Per la prognosi descrive il rischio di  
ricadute a causa del disadattamento socio-professionale e culturale. I prossimi rapporti a  
disposizione risultano del 2008 dove l'assicurata si presenta con disturbi invariati alla  
mano/polso destro dal Dr. \_\_\_\_\_ che riferisce di un esame elettro-neurofisiologico che  
avrebbe escluso una chiara compressione. Ritiene importante la valutazione reumatologica  
che segue dal Dr. \_\_\_\_\_ che non trova neanche una causa organica dei disturbi e  
consiglia un sostegno psicologico. Dalla documentazione risulta un trattamento psicologico  
dell'assicurata dal 2007 fino a maggio 2011 dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ che descrive una  
sindrome somatoforme a dolore. La prognosi sarebbe favorevole. La sintomatologia  
sarebbe reattiva alla sintomatologia dolorosa cronica con mancanza di progettualità  
dell'assicurata per un recupero del proprio ruolo lavorativo e per una reintegrazione di sé in  
un ambito sociale e lavorativo. Dal lato psichiatrico l'incapacità lavorativa come aiuto  
cucina, cameriera o operaia semplice viene giudicata al 0%. L'assicurata non presenterebbe  
disturbi psichici influenti sulla sua capacità lavorativa nello svolgimento di professioni  
semplici e ripetitive. Nel 2011 l'assicurata si presenta con dolori invariati alla mano e al  
polso destro all'Università ospedaliera \_\_\_\_\_ nel reparto di chirurgia della mano, nel  
laboratorio neurofisiologico può essere esclusa una neuropatia periferica del n. mediano, n.  
ulnare e una patologia del plesso superiore del braccio destro. Una RM della colonna  
cervicale esclude un'irritazione delle radici dei nervi C6-8 a destra. Il chirurgo della mano  
Dr. \_\_\_\_\_ non vede nessuna indicazione per un intervento chirurgico ed in seguito il  
Prof. \_\_\_\_\_ del reparto di reumatologia con sospetto di diagnosi di CRPS tipo I  
consiglia una terapia specifica per il dolore neuropatico. L'assicurata si trova in seguito in  
cura dal Dr. \_\_\_\_\_ all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_ per la terapia del dolore  
che riferisce nella sua valutazione del 09.12.2011 che esisterebbe una forte componente  
psicogena che influenzerebbe un atteggiamento difensivo. Nel momento in cui viene  
parzialmente inibita la coscienza mediante l'utilizzo di ipnotici l'assicurata riprenderebbe  
anche attivamente il normale utilizzo della mano. A causa di questo fenomeno consiglia un  
ciclo di ipnosi e mobilizzazione attiva del polso. Attualmente l'assicurata si trova anche in  
cura dal Dr. \_\_\_\_\_ a causa di disturbi al rachide cervicale e lombare con un  
trattamento con manipolazioni del rachide associato ad iniezioni con medicinali  
omeopatici. L'assicurata lamenta di soffrire di mal di schiena lombare insopportabile tutti i  
giorni. Avrebbe un gonfiore e dolori molto forti alla mano destra. Non sarebbe possibile di

tenere qualcosa nella mano destra, dovrebbe sempre mettere una stecca, di notte sarebbe ancora peggio perché non riuscirebbe a dormire. Non sarebbe più in grado di stirare o fare le pulizie a casa o le spese da sola. Secondo lo status del 01.12.2011 descritto sopra L'assicurata dimostra limitazioni della schiena e dell'arto superiore destro. Ha difficoltà di cambiarsi perché non usa quasi la mano destra dove porta un tutore per immobilizzare il polso destro. Da parte della schiena lombare ci sono limitazioni soprattutto dell'anteversione, lievemente della rotazione e lateroflessione che sono dolorose fine corsa. La mobilità della colonna cervicale risulta lievemente limitata con rotazione e lateroflessione a destra dolorosa nella fase terminale. Risulta una dolenzia palpatoria sopra C2-5, L1-S1 e l'articolazione ileosacrate bilateralmente con muscolatura paravertebrale molto tesa. L'assicurata riferisce dolori molto forti al rachide lombare mentre sta eseguendo la manovra di accovacciarsi e non riesce ad inginocchiarsi a causa di dolori al rachide lombare. La sensibilità del lato destro dell'arto superiore e inferiore è diminuita. La mobilità della spalla destra risulta limitata per anteversione, abduzione e intrarotazione con dolorosità fine corsa. Risultano dolori fine corsa per estensione/ flessione e pro-(supinazione del gomito destro con dolenzia palpatoria dell'epicondilo radiale e ulnare. Concernente la mano destra si trova una pelle bianca del polso e della mano destra dopo aver tolto il tutore, un lieve gonfiore della mano e delle dita a destra e un dolore alla digitopressione diffusa del polso destro e su tutta la mano destra. La mobilità del polso destro risulta limitata soprattutto per palmarflessione, lievemente per dorsalestensione con palmarflessione del polso destro molto dolorosa. La chiusura della mano e l'allungamento delle dita risulta a destra incompleto con forza della mano a destra diminuita in confronto al lato sinistro. La misurazione delle circonferenze mostra solo una lieve differenza tra le braccia che concorda con un lieve gonfiore del lato destro. Gli esami radiologici delle mani del 08.04.2011 (Universitätsspital \_\_\_\_\_) a parte di un'osteopenia bilateralmente non evidenziano alterazioni degenerative o altri lesioni ossee. La RM della colonna cervicale avrebbe escluso un'irritazione delle radici dei nervi C6-8 a destra e un esame elettrodiagnostico avrebbe escluso una neuropatia periferica del n. mediano, n. ulnare o una patologia del plesso superiore del braccio destro (rapporto del Reparto di Chirurgia plastica e Chirurgia della mano, laboratorio neurofisiologico, Universitätsspital \_\_\_\_\_ del 08.02.2011 del Dr. \_\_\_\_\_). Radiografie della colonna lombare eseguiti dal Dr. \_\_\_\_\_ nel 2009 mostrano una moderata scoliosi a "S" e una discreta Spondilosi L4/5 a sinistra. I disturbi soggettivi lamentati dall'assicurata e il risultato dello stato clinico non concordano completamente con gli esami oggettivi. Lo stato di salute attuale concernente la mano/il polso destro persiste dal 2004 dal lato funzionale ma non è mai stato possibile di verificare una causa organica. Anche gli esami oggettivi attuali dell'Universitätsspital \_\_\_\_\_ non evidenziano alterazioni degenerative o altri lesioni ossee e non possono provare al 100% la diagnosi di una sindrome CRPS tipo I che viene anche dubitato dal Dr. \_\_\_\_\_ (vedi rapporto del 09.12.2011). Visto che nel momento in cui viene parzialmente inibita la coscienza mediante l'utilizzo di ipnotici l'assicurata riprende attivamente il normale utilizzo della mano è molto probabile come presume anche il Dr. \_\_\_\_\_ che si tratta di una forte componente psicogena che porta ad un atteggiamento difensivo. Da parte della colonna vertebrale si evidenzia una moderata scoliosi della colonna dorsolombare con una lieve Spondilosi L4/5 e una sintomatologia clinica di lombosciatalgia che normalmente non porta ad un'incapacità lavorativa a lungo termine ma può essere curata per esempio con iniezioni antinfiammatorie e una terapia balneofisicale. Secondo lo stato ortopedico attuale l'assicurata è inabile al 100 % nella sua attività abituale

come aiuto cucina, cameriera o operaia semplice dal 01.12.2011. Si tratta di un'incapacità lavorativa transitoria non definitiva perché dal lato funzionale della mano/del polso destro e della schiena esistono ancora risorse di miglioramento. Il programma riabilitativo di durata di circa 3 mesi dovrebbe consistere in un trattamento di ipnosi e mobilizzazione attiva della mano/del polso destro come propone il Dr. \_\_\_\_\_ e una terapia con iniezioni eventualmente anche con il cortisone e una terapia balneofisicale intensiva della schiena. Concernente la schiena anche in futuro dovrebbero essere evitati lavori pesanti e molto pesanti.

**B. Conseguenze sulla capacità di lavoro**

**1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati - a livello psicologico e mentale** Secondo i rapporti della psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 19.08.2009, del 29.09.2010 e del 27.05.2011 l'evoluzione dal lato psichiatrico sarebbe stato favorevole. Persisterebbe una sindrome ansioso-depressiva di lieve entità, la capacità lavorativa viene giudicata concernente la patologia psichiatrica al 100%. - a livello fisico L'assicurata è limitata da parte dell'arto superiore destro e della schiena. Al momento non è capace di eseguire lavori con la mano destra e lavori pesanti e molto pesanti (vedi anche sotto 5. valutazione e prognosi). - nell'ambito sociale Secondo il rapporto della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 28.09.2004 esiste un disadattamento socioprofessionale e culturale. Il rapporto della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 19.08.2009 riferisce la sintomatologia sarebbe reattiva alla sintomatologia dolorosa cronica con mancanza di progettualità dell'assicurata per un recupero del proprio ruolo lavorativo e per una reintegrazione di sé in un ambito sociale e lavorativo.

**2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale**

**2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Attualmente l'assicurata non è in grado di esercitare la sua attività come aiuto cucina, cameriera o operaia semplice.**

**2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico** Lo stato attuale di salute prima di aver proseguito il piano riabilitativo descritto sotto C 1.1 non permettere di descrivere limiti funzionali dettagliati (vedi anche C 3.1)

**2.3 L'attività attuale è ancora praticabile? L'assicurata attualmente non dispone ad un posto di lavoro. Vedi anche 2.1. Concernente la prognosi dopo una terapia di ipnosi e mobilizzazione attiva del polso/della mano destra e iniezioni e una terapia balneofisicale intensiva della schiena l'assicurata dovrebbe essere in grado di riprendere gradatamente (fino al 100%) un'attività lavorativa.**

**2.4 Se sì, in quale misura (ore al giorno)? - 2.5 E presente inoltre una diminuzione della capacità del lavoro? - 2.6 Se sì, in che misura? - 2.7 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro del lato medico di almeno il 20%? IL al 100% certificata dal 11.01.2004 al 26.05.2004 (Abrechnung über Tagegeldleistungen, \_\_\_\_\_ Assicurazioni del 24.06.2004).**

**2.8 Qual è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? In retrospettiva è difficile di giudicare l'incapacità lavorativa dell'assicurata perché secondo gli esami oggettivi è mai stata provata una causa organica dei disturbi e anche secondo i rapporti degli specialisti in psichiatria Dr.ssa \_\_\_\_\_ e Dr.ssa \_\_\_\_\_ viene giudicata l'incapacità lavorativa come aiuto cucina, cameriera o operaia semplice al 0%.**

**C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione**

**1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti?**

**1.1 Se sì, La preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione** Il programma di riabilitazione di durata di circa 3 mesi consiste in una terapia con ipnosi e mobilizzazione attiva della mano / del polso destro e una terapia con iniezioni eventualmente anche con il cortisone e una terapia balneofisicale intensiva della schiena.

**1.2 Se no, La preghiamo di motivare - 2 È possibile migliorare la capacità del lavoro sul posto di lavoro attuale? L'assicurata attualmente non dispone ad un posto di lavoro.**

**2.1 Se, sì con quali ragionievoli**

provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro)? - 2.2 Secondo Lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? - 3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Sì . 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro al punto di vista medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? L'assicurata dovrebbe essere capace di svolgere qualsiasi attività leggera che non richiede una formazione specifica evitando lavori pesanti e molto pesanti dopo il programma riabilitativo descritto sopra. Potrebbe essere anche utile un programma IPT dopo la riabilitazione per inserire l'assicurata di nuovo nel mondo di lavoro. 3.2 In che misura si possono svolgere consone alle menomazioni (ore al giorno)? E consigliato di aumentare gradatamente le ore al giorno fino al 100% dopo la riabilitazione, vedi anche 3.1. 3.3 È presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro? No, se vengono rispettati i limiti di caricabilità fisica evitando lavori pesanti e molto pesanti. 3.4 Se sì, in che misura? - 3.5 Qualora non siano possibili altre attività: per quali motivi? - Osservazioni, altre domande: Dovrebbe persistere il problema alla mano/ al polso destro dopo il piano di riabilitazione descritto sopra è consigliata una rivalutazione della capacità lavorativa fra 6 mesi tramite uno specialista di terapia del dolore e una rivalutazione psichiatrica. " (Doc. AI 33/7-12) 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 Sozialversicherungsrechts, 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGa (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello

amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione : -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93 ); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446 ); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (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 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: " (...) 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'écartier 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." (...) 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 Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat

d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) 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 ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha 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 suddetti 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). 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione svolta dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nella perizia del 16 dicembre 2010 la Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, ha diagnosticato una " - Sindrome dolorosa della mano destra e del polso destro con stato dopo contusione del polso destro nel 2004; - Sindrome cervico-cefalica e lombovertebrale su modica scoliosi a "S" inversa dal 2009 " (doc. AI 33-7). Secondo la specialista vi è un'incapacità lavorativa completa 100% dal 1° dicembre 2011 nell'abituale attività di aiuto cucina, cameriera o operaia, mentre in attività leggera adeguata l'abilità al lavoro è piena (doc. AI 33-10/12). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire

sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. Per quanto riguarda la patologia psichica il medico del SMR ha rilevato una “ Sindrome mista ansioso-depressiva; sindrome somatoforme da dolore persistente dal 2007 ” senza tuttavia un'influenza sulla capacità lavorativa (doc. AI 34-1). In questo senso vanno pure i rapporti medici del medico curante Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, del 19 agosto 2009 (doc. AI 15-1) e del 29 settembre 2010 (doc. AI 20-1). La documentazione prodotta con lo scritto del 21 maggio 2012 (doc. VIII) non permette una diversa valutazione della fattispecie. Il referto del 23 marzo 2011 dell'UniversitätsSpital di \_\_\_\_\_ (doc. B2) era già stato prodotto dall'insorgente in sede di osservazioni al primo progetto di decisione del 13 luglio 2011 unitamente agli altri referti del medesimo ospedale del 18 febbraio 2011 (doc. AI 29-3), e dell'8 aprile 2011 (doc. AI 29-5) sono stati presi in considerazione dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ nella perizia del 16 dicembre 2011 (doc. AI 33-4). Anche il breve certificato medico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in fisiatria, riabilitazione e reumatologia, del 13 aprile 2012 nel quale viene posta la diagnosi, peraltro nota, di “ Sindrome cervico-cefalica e lombovertebrale cronica su scoliosi toraco-lombare. Sindrome dolorosa cronica della mano destra e stato dopo trauma distorsivo del polso il 08.01.2004 e probabile distrofia ” (doc. B5) corrisponde a quello del 9 dicembre 2011 (doc. AAI 33-21) anch'esso valutato dalla perita (doc. AI 33-7). 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). In conclusione, rispecchiando la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, 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 Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, 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 dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata è inabile al 100% nella abituale attività lavorativa, ma è pienamente abile al lavoro in un'attività adeguata. Nella decisione impugnata l'amministrazione, per quanto riguarda le attività esigibili dall'assicurata, ha indicato quelle di operaia generica (rifinitura, controllo del funzionamento e della qualità, attività di controllo, di sorveglianza, piccole riparazioni, etichettatura), operaia generica nell'industria alimentare (pasta, oli, cioccolata), vendita al dettaglio (es. addetta alla vendita di carburanti e servizi collaterali), addetta all'informazione, operaia nell'industria farmaceutica (controlli, condizionamento), portiere, custode, guardarobiere in campo alberghiero) (doc. AI 42-4). 2.7. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dalla ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, 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 sono determinanti i dati del 2012. L'amministrazione ha effettuato il confronto dei redditi con i dati del 2010.

2.7.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; STF 9C\_181/2008 del 23 ottobre 2008, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità, si farà riferimento ai dati empirici o statistici (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008; VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, 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). Nel caso di specie, l'assicurata ha frequentato le scuole elementari e due anni dopo l'entrata in Svizzera (nel 1993) ha iniziato a lavorare come donna delle pulizie in alcuni alberghi. Ha quindi lavorato come aiuto cucina presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ sino al mese di agosto 2004 (doc. AI 15-2). Da quel momento RI 1 non ha più svolto alcuna attività lavorativa. In considerazione del lungo tempo trascorso dall'ultimo impiego e dalle svariate attività svolte il reddito da valido va determinato sulla base di dati statistici come correttamente ha fatto l'Ufficio AI.

Applicando i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1, riferita all'anno 2010, la ricorrente, svolgendo 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 mensile lordo pari a fr. 4'225.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 4'394.-- mensili oppure a fr. 52'728.-- per l'intero anno (fr. 4'394.-- x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a).

2.7.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è 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, va 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. 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). Nel caso concreto utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 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 mensile lordo pari a fr. 4'225.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 4'394.-- mensili oppure a fr. 52'728.-- per l'intero anno (fr. 4'394.-- x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15%. In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005

nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale - chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) - e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.7.3. In concreto, l'amministrazione ha applicato la riduzione del 9% per la necessità di svolgere unicamente attività leggere e del 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (doc. AI 35-3, 36-2). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base

dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81)." Nella presente fattispecie questo Tribunale ritiene più corretto - in applicazione della giurisprudenza indicata al consid. 2.7.2. - applicare una riduzione del 10% per la necessità di svolgere unicamente attività leggere, al quale va poi aggiunto il 5% per svantaggi derivanti da contingenze particolari, per una riduzione complessiva del 15%. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 52'728.-- , e ammettendo la riduzione del 15% il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 44'818.88 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 52'728.-- (consid. 2.7.1.) emerge un tasso d'invalidità del 14,9% , arrotondato al 15% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41). Va precisato che l'amministrazione, per il confronto dei redditi, ha applicato i dati del 2010 invece del 2012, come invece avrebbe dovuto secondo la giurisprudenza in materia (cfr. DTF 129 V 222; SVR 2002 IV Nr. 24 ; SVR 2003 IV Nr.11). Questo modo di operare non è corretto. Tuttavia, considerato il grado d'invalidità dell'assicurata (15%), il TCA ritiene che anche applicando i dati del 2012 (+1,0% per il 2011, +1,2% per il 2012 secondo l'indice dei salari nominali, Ufficio federale di statistica – stima trimestrale), la soluzione finale non cambierebbe. Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita d'invalidità la sua decisione formale del 16 febbraio 2012 merita quindi conferma. 2.8. Con il ricorso l'assicurata ha fatto valere una lesione del diritto di essere sentito. In particolare ella ha lamentato l'incompletezza dell'incarto AI e chiesto di essere sentita (doc. I). Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16, 124 V 181 e 375 con riferimenti). Nel caso in esame l'amministrazione, dopo aver esperito gli accertamenti medici ed economici del caso, aveva emanato un primo progetto di decisione il 13 luglio 2011 che respingeva la richiesta di prestazioni dell'assicurata non essendo stati comprovati dei periodi di incapacità lavorativa (doc. AI 27-1). In sede di osservazioni RI 1, accompagnata dal signor \_\_\_\_\_, ha svolto un colloquio presso l'Ufficio AI in data 12 settembre 2011, durante il quale l'assicurata ha prodotto nuova documentazione medica (doc. AI 28-1, da doc. AI 29-1 a 29-6). Dopo la valutazione del SMR l'UAI ha quindi predisposto la visita medica specialistica presso la Dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. AI 32-1, 33-1). Esperito tale accertamento e

una nuova valutazione economica l'UAI ha preavvisato l'assicurata con il progetto di decisione del 29 dicembre 2011 (doc. AI 36-1), che annullava e sostituiva quello del 13 luglio 2011. L'Ufficio AI ha motivato il rifiuto delle prestazioni dell'assicurazione invalidità sulla base della documentazione raccolta all'incarto ed in particolare della perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e della valutazione economica (doc. AI 36-1). L'assicurata ha quindi nuovamente potuto prendere posizione sul progetto di decisione. In data 11 gennaio 2012 ella si è presentata all'Ufficio AI chiedendo copia dell'incarto (doc. AI 37-1) che le è stato trasmesso il giorno successivo, 12 gennaio 2012 (doc. AI 38-1). Per quanto riguarda la documentazione LAINF la stessa avrebbe potuto essere richiesta direttamente dall'assicurata alla competente \_\_\_\_\_ Assicurazioni. Va comunque rilevato che la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha preso in considerazione anche la documentazione LAINF (doc. AI 33-2). Con le osservazioni del 3 febbraio 2012 l'insorgente ha preso posizione sul provvedimento adottato dall'amministrazione (doc. AI 39-1). A seguito della decisione del 16 febbraio 2012 l'assicurata ha quindi inoltrato ricorso al TCA (doc. I). Dopo aver preso atto dell'allegato di risposta dell'Ufficio del 16 aprile 2012 questa Corte ha comunicato alla ricorrente la possibilità di consultare l'intero incarto AI presso la cancelleria del Tribunale oltre a quella di formulare osservazioni (doc. VI). L'assicurata, dopo aver consultato l'incarto presso la cancelleria il 3 maggio 2012 (doc. VI) ha chiesto una proroga del termine per formulare osservazioni (doc. VI, VII) e il 21 maggio 2012 ha preso posizione producendo ulteriore documentazione (doc. VIII). Alla luce di queste circostanze, dunque, non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito. 2.9. L'assicurata in via ricorsuale ha chiesto inoltre di essere sentita in udienza (doc. I). Va qui 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° 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). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti. 2.10. Nello scritto del 21 maggio 2012 RI 1 ha chiesto l'assegnazione di un avvocato d'ufficio " per la continuazione e gestione giuridica di questo complesso contenzioso " (doc. VIII). Secondo l' art. 28 della Legge di procedura per le cause al Tribunale cantonale delle assicurazioni, quando il Giudice ritiene che la persona non è capace di proporre e discutere con la necessaria chiarezza la propria causa, la diffida a munirsi entro breve termine di un patrocinatore, con la comminatoria della designazione di un patrocinatore d'ufficio. In una sentenza 35.2005.53 del 27 febbraio 2006, il TCA ha negato ad un assicurato il patrocinatore d'ufficio rilevando: " Nel caso di specie, la qualità degli allegati prodotti da X, ingegnere elettrotecnico di professione, dimostra che egli è stato in grado di difendere adeguatamente i propri interessi davanti al TCA, di modo che non vi era necessità di assegnargli un patrocinatore d'ufficio." Questa Corte si è espressa in tal senso anche nella decisione del 25 ottobre 2010 (inc. 32.2010.150) nel caso di un'assicurata di professione parrucchiera. In una sentenza C 116/03 dell'8 novembre 2004, il TFA è giunto allo stesso risultato, visto che l'assicurato era stato in grado

di fare valere da solo i suoi interessi nel processo. Questa Corte rileva che RI 1 è stata assistita durante l'istruttoria dal signor \_\_\_\_\_ che ha presenziato ai colloqui presso l'Ufficio AI (cfr. annotazione del 12 settembre 2011, doc. AI 28-1 e dell'11 gennaio 2012) e assistito l'assicurata sia nella procedura amministrativa dinanzi all'UAI, sia in sede di ricorso dinanzi questa Corte (in data 3 maggio 2012 egli ha consultato gli atti presso la cancelleria del TCA, doc. VI). La stessa assicurata nel ricorso del 20 marzo 2012 (doc. I) e nello scritto del 21 maggio 2012 (doc. VIII) ha indicato chiaramente il signor \_\_\_\_\_ come suo "rappresentante" e sino al 21 maggio 2012 non ha mai manifestato la necessità di un legale. RI 1 RI 1 e il suo consulente sono stati in grado di motivare adeguatamente il ricorso contro la decisione dell'UAI producendo anche della documentazione medica. Il TCA ha compreso quanto postulato dall'insorgente e ha potuto rispondere puntualmente alle sue domande. In simili circostanze, nel caso in esame, non vi era la necessità di assegnare alla ricorrente un patrocinatore d'ufficio. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurata.

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