

TI_GERICHTE 32.2013.133 vom 4. Juni 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-06-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.133

FR: TI_GERICHTE 32.2013.133 du 4 juin 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.133 del 4 giugno 2013

Regeste

Negato il diritto ad una rendita. Confermata la perizia SAM e la valutazione SMR

Erwägungen

E. 4

giugno 2013 ha quindi negato all'assicurata il diritto a prestazioni. 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 LPGGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto

del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - 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 - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che 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_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e 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 (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele

molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il medico SMR dr. _____ il quale – confermando la valutazione dei periti del SAM che hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice – ha stabilito, tanto nella sua attività abituale quanto in un'altra attività adeguata, un'inabilità lavorativa del 100% dall'ottobre 2010 al marzo 2011 e del 30% dall'aprile 2011 (vedi il rapporto finale SMR dell'11 aprile 2013 sub doc. AI 60/1-3). Va innanzitutto rilevato che il dr. _____, nella valutazione del 13 novembre 2011 (doc. AI 45/1-2) – posti i seguenti periodi di incapacità lavorativa: 100% dall'ottobre 2010 al marzo 2011, 20% dall'aprile 2011 e 100% dall'agosto 2011 (ritenuti il rapporto 18 gennaio 2012 nel quale il dr. _____, FMH in medicina generale, ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% dal 22 agosto 2011 [doc. AI 19/1-5, in particolare il punto 1.6] e il rapporto 20 febbraio 2012 [doc. AI 25/1-3] nel quale la dr.ssa _____, FMH in oftalmologia e oftalmochirurgia, ha attestato una "(...) incapacità lavorativa medicalmente giustificata del 20% almeno, nell'ultima attività esercitata: a causa dei problemi oculari era giustificata un'incapacità lavorativa, poiché la paziente vedeva poco, dall'inizio della terapia in ottobre 2010 al marzo 2011. Dopo la paziente ha visto oltre il 50% con entrambi gli occhi. Non ho mai prescritto un'incapacità lavorativa alla paziente. (...)” [doc. AI 25/2-3] – , ha proposto l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare osservando che "(...) La documentazione a disposizione non permette di inquadrare le ripercussioni attuali del danno della salute sulla capacità lavorativa. Il diabetologo Dr. _____ non ha visto l'assicurata dopo il 16 marzo 2012. Egli ritiene che l'inabilità lavorativa sia dovuta dal punto di vista diabetologico unicamente alla retinopatia e dichiara di non essere in grado di esprimersi sull'inabilità lavorativa complessiva. L'assicurata necessita di cure mediche continue per mantenere la capacità visiva. Si riferisce un peggioramento del visus riscontrato nel settembre 2012 (rapporto sull'inchiesta per casalinghe). Lo stato di salute è suscettibile di peggioramento. Prognosi riservata per quanto riguarda lo stato valetudinario. (...)” (doc. AI 45/2). In questo senso, proprio perché un accertamento medico era necessario per chiarire lo stato di salute – a differenza di quanto sembrerebbe pretendere con il ricorso: l'insorgente postula il diritto ad una rendita intera dal 1. agosto 2012 trascorso l'anno di carenza sostenendo, tra l'altro, che ha dovuto abbandonare il lavoro dall'agosto 2011 a causa di diverse patologie tra cui una patologia visiva con una tendenza al peggioramento fino all'inizio dell'aprile 2013 e osservando che "(...) In questo periodo l'assicurazione malattia _____, sulla base dei suoi accertamenti interni, ha sempre corrisposto l'indennità giornaliera supponendo la piena incapacità lavorativa. Poi, in virtù della decisione AI, ha soppresso l'indennità con effetto al 1 aprile 2013. (...)” (doc. AI 69/7) – , per il solo fatto che l'assicuratore malattia abbia corrisposto all'insorgente delle indennità giornaliere non è ancora possibile concludere alcunché sull'eventuale diritto ad una rendita. Va ricordato che l'incapacità lavorativa riconosciuta dall'assicurazione per la perdita di guadagno non vincola l'assicurazione invalidità; nella STF 9C_882/2009 e 9C_887/2009 del 1. aprile 2010 l'Alta Corte ha infatti osservato che "(...) eine von einem privaten Kollektiv-Taggeld-versicherer angenommene Arbeitsunfähigkeit keine bindende Wirkung für die Invalidenversicherung haben kann, die das Mass der Arbeitsunfähigkeit durch Gutachter abklären liess. (...)” (STF succitata del 1. aprile 2010 consid. 3). La dettagliata ed approfondita valutazione del SAM – che ha tenuto

conto di tutta la documentazione medica versata agli atti – non è poi stata validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, per quanto riguarda l'aspetto oftalmologico, la dr.ssa _____, FMH in oftalmologia, nel consulto del 4 febbraio 2013 (doc. AI 58/47-48) – poste le diagnosi di “(...) • retinopatia diabetica non proliferativa con edema maculare più importante a sinistra che a destra • stato dopo esiti di fotocoagulazione all'Argon laser parziale bilaterale • stato dopo iniezioni intravitreali di anti-VGF bialteralmente (2006) • ipertensione oculare • ipermetropia, astigmatismo misto, presbiopia (quest'ultima diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa) (...)” (doc. AI 58/47/48) – , circa la capacità lavorativa ha concluso che “(...) la paziente ha lavorato come donna delle pulizie al 100% fino al mese di agosto 2011, in seguito per problemi non oftalmologici e specialmente per il suo scompenso diabetico non ha più lavorato. Dallo stato oftalmologico attuale la capacità lavorativa può essere valutata al 70%, vista la situazione monocolo, l'acuità visiva all'OD di 0,7 ed il campo visivo, all'unico occhio funzionante, con scotomi paracentrali e periferici. [...] La diminuzione della capacità lavorativa si giustifica nel fatto che la paziente non ha un campo visivo normale all'unico occhio funzionante, inoltre a tale occhio l'acuità visiva è ridotta a 0,7. [...] La paziente è in grado di svolgere altre attività che non necessitino una visione binoculare, un'acuità visiva perfetta e campi visivi perfetti. La capacità lavorativa anche in altre attività può essere valutata al 70%. [...] Attualmente la paziente può ancora svolgere la sua attività di casalinga, in lavori non di precisione, al 70%. (...)” (doc. AI 58/48). Quanto al rapporto del 18 giugno 2013 della dr.ssa _____ prodotto con il ricorso (cfr. doc. A/2), il medico SMR dr. _____, con scritto del 15 luglio 2013 (IV/1), ha interpellato la specialista che, con lettera del 16 luglio 2013, ha così risposto: “(...) volentieri rispondo alla sua lettera del 15.07.2013. La situazione della paziente è invariata da febbraio 2012 (ndr. recte 2013) . La vista è sempre 60% a destra con la correzione ottimale e 20-30% all'occhio sinistro con la correzione migliore. Non c'è stato un peggioramento da febbraio 2012 (ndr. recte: 2013) ad oggi. Dal punto di vista oculistico non c'è inabilità lavorativa in condizioni di casalinga e di domestica. (...)” (IV/2). Il SAM, descritte le risultanze dei diversi consulti specialistici, ha poi concluso che “(...) sulla base di quanto descritto sopra giungiamo alla conclusione che, globalmente, dal punto di vista fisico e psichico, l'A. nell'ultima attività svolta in qualità di ausiliaria di pulizie, presenta una capacità lavorativa del 70%. Quanto detto tiene prevalentemente in conto dello stato oftalmologico attuale, ossia la situazione di monocolo, l'acuità visiva all'occhio ds. di 0,7 ed il campo visivo, all'unico occhio funzionante, con scotomi paracentrali e periferici. La diminuzione della capacità lavorativa trova giustificazione nel fatto che l'A. non ha un campo visivo normale all'unico occhio funzionante, bensì a tale occhio l'acuità visiva è ridotta come già detto a 0,7. (...)” (doc. AI 58/19-20). Tale conclusione risulta conforme alla giurisprudenza cantonale e federale. Questo Tribunale rileva infatti che, nella STF 8C_626/2012 del 7 novembre 2012, il Tribunale federale, confermando quanto già deciso da questa Corte nella sentenza 35.2012.7 del 18 giugno 2012, ha considerato, sulla base della valutazione peritale eseguita da una specialista in oftalmologia, che l'assicurato poteva svolgere, nonostante la perdita dell'acuità visiva dell'occhio destro, un'attività sostitutiva adeguata a tempo pieno, ma con una riduzione del rendimento del 15% per la durata di 18 mesi. In una sentenza 32.2007.128 del 21 febbraio 2008, cresciuta incontestata in giudicato, il TCA ha confermato la correttezza della valutazione peritale oftalmologica in base alla quale un'assicurata, di professione cameriera, è stata considerata abile al lavoro nella misura dell'80% nello svolgimento di attività adeguate, che non richiedano una visione binoculare e stereoscopica

perfetta. In un'altra sentenza 35.1999.129 del 27 marzo 2001, confermata dal TFA con pronuncia U 162/01 del 12 luglio 2001, questo Tribunale ha ammesso il diritto a una rendita di invalidità permanente del 20%, trattandosi di un assicurato, di professione pittore/imbianchino, vittima di un trauma all'occhio sinistro con perdita quasi totale dell'acuità visiva. L'interessato è stato giudicato non più in grado di svolgere mansioni di montaggio e smontaggio delle impalcature, a causa del rischio di caduta, nonché, in generale, tutte quelle mansioni che richiedono precisione nella loro esecuzione. Quanto alle ulteriori patologie analizzate dal SAM va evidenziato quanto segue. Il dr. _____, FMH ORL, nel consulto del 21 febbraio 2013 (doc. AI 58/27-28), ha concluso che "(...) dal punto di vista ORL, la paziente è da considerare abile al lavoro al 100%, senza restrizioni. (...)". (doc. AI 58/28). Il dr. _____, FMH in reumatologia e riabilitazione, nel consulto del 6 febbraio 2013 (doc. AI 58/29-35), non ha posto alcuna diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa concludendo che "(...) tenendo in considerazione i reperti clinici e radiologici, ritengo che questi non siano di entità tale da essere determinanti per una limitazione funzionale. Ritengo pertanto che l'assicurata possa essere considerata abile al lavoro da sempre nella forma completa, per quanto riguarda le sole patologie di tipo muscolo-scheletrico e reumatologiche. Per quanto riguarda l'attività professionale è consigliabile che l'assicurata utilizzi regolarmente delle scarpe ortopediche e dei plantari adatti. (...)". (doc. AI 58/35). In merito alla censura secondo cui l'amministrazione avrebbe dovuto procedere ad un accertamento di natura psichiatrica (cfr. il punto 5 del ricorso) va qui evidenziato, da una parte, che il dr. _____ come i periti del SAM hanno ritenuto la fibromialgia quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, dall'altra parte, che agli atti non vi è alcun atto medico specialistico (e nemmeno in sede di procedura ricorsuale ne sono stati apportati) che avrebbe dovuto spingere questo Tribunale o l'amministrazione ad effettuare degli approfondimenti in questa direzione. Va 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). Il dr. _____, FMH in endocrinologia/diabetologia, nel consulto del 31 gennaio 2013 (doc. AI 58/36-39), ha concluso che "(...) per l'aspetto strettamente diabetologico (e escludendo la retinopatia che verrà valutata dalla collega Oftalmologa Dott. _____) vedo il diabete insulino-dipendente come patologia senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Quanto la eventuale polineuropatia, presente in grado moderato, non la valuto come fattore limitante alla capacità lavorativa. Una terapia medicamentosa in merito (per esempio con Lyrica) permetterebbe alla paziente un sonno senza disturbi, migliorando così anche la qualità di vita.. (...)". (doc. AI 58/38). Va qui pure evidenziato che il dr. _____ ha concluso inoltre che "(...) il diabete, escludendo la problematica retinica, non influenza lo stato psichico della paziente da limitarne in qualche modo la sua attività al posto di lavoro. (...)". (doc. AI 58/39). Al riguardo va osservato che questo Tribunale ha già avuto modo di accertare che, di massima, la cura di un diabete non è tale da comprometterne la capacità lavorativa. Nella sentenza dell'11 maggio 2007 (inc. 32.2007.62; confermata dal Tribunale federale con la STF 9C_376/2007 del 13 giugno 2008

), il TCA ha riportato le parole di un medico SMR che ha rammentato come “(...) anche persone che applicano il sistema di controllo intenso, ossia diverse misurazioni delle glicemie al giorno, con applicazione di insulina 4 o 5 volte al giorno, non presentano di regola un’inabilità lavorativa dato che queste misurazioni vengono di regola svolte prima dei pasti e al bisogno con dispendio minimo di tempo (pochi minuti). Per informazioni allego una documentazione della società svizzera diabetici che illustra che con un diabete si è in pratica in grado di svolgere tutte le professioni con poche eccezioni . (...)”. Il dr. _____, capo clinica del servizio di cardiologia ed angiologia dell’Ospedale _____ di _____, nel consulto del 7 febbraio 2013 (doc. AI 58/40-45), circa la capacità lavorativa ha concluso che “(...) l’assicurata mi riferisce che la sua ultima professione consisteva in quella di ausiliaria di pulizie. A detta dell’assicurata tale attività comporta uno sforzo fisico giudicabile come lieve-moderato in quanto si avvale anche dell’ausilio di macchinari per l’espletamento delle pulizie del caso. In considerazione dell’anamnesi e degli esami strumentali effettuati in data odierna, dal punto di vista strettamente cardiologico l’assicurata si può considerare abile nella sua ultima professione nella misura del 100%. [...] Alla luce della valutazione odierna ed in considerazione del punto 2 non esiste una riduzione della capacità lavorativa. [...] Così come esposto al secondo punto una diminuzione della capacità lavorativa non si giustifica in quanto l’assicurata è abile nella misura del 100% allo svolgimento della sua professione di ausiliaria di pulizia. [...] Così come esposto l’assicurata può dal punto di vista strettamente cardiologico svolgere qualsiasi attività comportante un impegno fisico giudicabile come lieve e moderato nella misura del 100%. (...)” (doc. AI 58/42-43). In simili circostanze, stante quanto precede, questo Tribunale deve dunque confermare un’inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività dall’ottobre 2010 al marzo 2011 e, dall’aprile 2011, una capacità al lavoro del 70% sia nell’attività abituale di ausiliaria di pulizie che in un’altra attività adeguata. 2.8. In merito alla censura secondo la quale, ammesso che vi sia una capacità lavorativa residua, andrebbe accertata la reintegrabilità sul mercato del lavoro (cfr. il punto 3 del ricorso), questo Tribunale si limita a rilevare quanto segue. L’assicurata è nata nel 1956, per cui nel 2012, anno a partire dal quale pretende il riconoscimento del diritto ad una rendita intera (cfr. consid. 1.3), ella non ha ancora raggiunto l’età a partire dalla quale la giurisprudenza considera generalmente che non esistono possibilità per valorizzare la capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro ritenuto equilibrato (STF 9C_578/2009 del 29 dicembre 2009, consid. 4.3.2 e riferimenti). Quanto poi all’assenza di una formazione professionale e alle difficoltà linguistiche, il TCA sottolinea di avere già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un’attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (vedi, tra le altre, la STCA 32.2013.117 del 4 febbraio 2014, consid. 2.9 e riferimenti). 2.9. Quanto alla valutazione economica il TCA rileva quanto segue. Appurato che all’insorgente va riconosciuta un’inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività dall’ottobre 2010 al marzo 2011 e, dall’aprile 2011, una capacità al lavoro del 70% sia nell’attività abituale di ausiliaria di pulizie che in un’altra attività adeguata (cfr. consid. 2.7), questo tribunale rileva che già in applicazione del raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, 9C_776/2007 del 14 agosto 2008 e I 759/2005 del 21 agosto 2006) – senza dunque verificare se svolgendo un’altra attività adeguata nella misura del 70% l’insorgente sfrutterebbe al meglio la capacità lavorativa residua – il grado

d'invalidità sarebbe del 30% e non raggiungerebbe pertanto la soglia pensionabile del 40% (cfr. consid. 2.3). È dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato il diritto ad rendita. Può pertanto restare irrisolta la questione a sapere se per il calcolo del reddito da valido andava considerato il diritto alla tredicesima (come sostenuto al punto 6 del ricorso, sub. I) e se al reddito da invalido andava applicato un gap salariale (come ipotizzato nella risposta di causa, sub IV). 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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