

## **TI\_GERICHTE 32.2013.171 vom 10. September 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-09-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.171)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.171 du 10 septembre 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.171 del 10 settembre 2013

### **Regeste**

L'UAI ha rettamente attribuito all'assicurata un quarto di rendita dal 1.5.2010, una mezza rendita dal 1.08.2010, una rendita intera dal 1.10.2010 e una mezza rendita dal 1.6.2011. Confermata perizia pluridisciplinare e discussione globale dei periti

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurata un quarto di rendita dal 1° maggio 2010, una mezza rendita dal 1° agosto 2010, una rendita intera dal 1° novembre 2010 e una mezza rendita dal 1° giugno 2011 o se, al contrario, come da lei richiesto, ella abbia diritto ad una rendita intera di invalidità. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto

guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." In una sentenza pubblicata in

DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 254-257). Tali criteri sono stati così riassunti in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [n.d.r.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione

duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 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). In una sentenza 9C\_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, 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 (ndr.: 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 Tribunale Federale, in una sentenza 9C\_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in DTF 137 V 64, ha poi esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di substrato organico oggettivabile 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 Neurasthenie (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 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unzufälladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” A ffinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; 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). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 ( STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; 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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C\_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 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). 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). 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). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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).

2.5. Nella sentenza 32.2012.64 dell'8 agosto 2012 questa Corte aveva rinviato gli atti all'Ufficio AI non ritenendo chiariti in modo soddisfacente sia i disturbi somatici che quelli di natura psichiatrica dell'assicurata. L'abbondante documentazione medica trasmessa dalla ricorrente all'amministrazione, in sede di osservazioni, e al TCA, in sede di ricorso, non era stata infatti sottoposta ai periti del SAM, al fine di verificare se fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata, le condizioni di salute dell'assicurata fossero effettivamente peggiorate o meno (sentenza 32.2012.64, pag. 30). Il TCA ha quindi fatto riferimento, solo per citarne alcuni, al certificato del 6 ottobre 2011 della Dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. AI 143), ai referti del 6 ottobre 2011 (doc. AI 143-16) e del 17 novembre 2011 (doc. AI 156-2) del Dr. \_\_\_\_\_ e al certificato del 30 settembre 2011 del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 143-11), attestanti un continuo peggioramento dello stato di salute di RI 1 (sentenza 32.2012.64, pag. 30). Con scritto del 9 novembre 2012 il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha sottoposto tutta la documentazione medica presentata dall'assicurata, dopo la perizia del luglio 2011, ai periti del SAM per valutazione (doc. AI 221-1). Questi – in data 19 novembre 2012 – hanno ritenuto necessario eseguire una nuova perizia pluridisciplinare (psichiatrica, reumatologica, neurologica e oncologica) (doc. AI 223-1). Nel rapporto del 21 maggio 2013, i periti sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell'assicurata presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: " (...) Diagnosi neurologica Neuropatia del nervo safeno a ds. con associati dolori e disestesia nel territorio d'innervazione del nervo safeno ds. Neuropatia del nervo genito-femorale ds. nell'ambito di una linfadenopatia inguinale a ds. Cefalee croniche principalmente di tipo psicogeno con eventuale componente vasomotoria minore. Diagnosi reumatologica Fibromialgia/sindrome somatoforme da dolore persistente. Sindrome dolorosa panvertebrale cronica con: - nell'ambito della prima diagnosi; - alterazioni degenerative cervicali tra C4 e C7 con \_\_\_\_\_ osteocondrosi Modic I a livello C4-C5 e C6-C7; - probabile spondiloartrite assiale non radiologica (indifferenziata). Probabile spondiloartrite assiale non radiologica (indifferenziata). - sacroileite bilaterale erosiva leggermente attiva (MRI \_\_\_\_\_)

25.3.2013) Diagnosi psichiatrica Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Disturbo di

personalità a note miste (ICD-10 F61.0).” Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: “ (...) Melanoma maligno cutaneo della regione antero-interna della coscia ds., tipo SSM, con crescita verticale, indice di Breslow 1.1 mm, livello di Clark III, stadio pT2a pN0 sn 0/6 M0, stadio IB, prima diagnosi settembre 2009: - resezione chirurgica in toto della lesione in data 01.09.2009; - escissione pericicatrizziale complementare, ricerca ed escissione dei linfonodi sentinella in data 13.10.2009; - situazione attuale: nessuna evidenza di recidiva neoplastica. Disturbo ipotensivo sotto sforzo ed in ortostatismo, in fase di accertamento, con esami cardiologici negativi. Stato dopo herpes zoster addominale ds in marzo 2011” (doc. AI 244-43+44). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurata abile al lavoro nella misura del 50% (metà rendimento per il normale tempo di lavoro) nelle attività in precedenza svolte di ausiliaria di pulizie, ausiliaria di cucina e commessa venditrice, come anche in ogni attività leggera e mediamente pesante. Non sono invece esigibili attività pesanti e molto pesanti (doc. AI 244-47). Secondo i periti l’inabilità lavorativa riscontrata è presente in modo stabile dalla precedente perizia del luglio 2011 (doc. AI 244-47). Nella perizia pluridisciplinare SAM (psichiatrica, reumatologica, neurologica e oncologica) del 1° luglio 2011 i periti avevano ritenuto l’assicurata abile al lavoro al 50% nelle attività abituali svolte in precedenza di ausiliaria di pulizie, aiuto-cucina e venditrice (doc. 123-19), così come in qualsiasi altra attività adeguata, a partire dal mese di marzo 2011 (doc. 123-20). A proposito dell’evoluzione dello stato di salute dell’interessata i medici del SAM avevano indicato un’incapacità lavorativa del 30% sino al 14 settembre 2009; incapacità lavorativa del 100% dal 15 settembre 2009 al 1° novembre 2009; incapacità lavorativa del 30% dal 2 novembre 2009 al 30 aprile 2010; incapacità lavorativa del 50% dal 1° maggio 2010 al 14 agosto 2010; incapacità lavorativa del 100% dal 15 agosto 2010 al 28 febbraio 2011; incapacità lavorativa del 50% dal 1° marzo 2011 (doc. 123-20).

2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’UAI prima dell’emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

2.6.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica l’assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico della Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo – specialista in psichiatria, la quale nel referto del 24 aprile 2013 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “ Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Disturbo di personalità a note miste (ICD-10 F61.0). ” La Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha, in particolare, rilevato che il quadro somatoforme da dolore cronico si colloca in un dimensione in cui non vi è una patologia psichica di rilevante intensità, non esiste un franco ritiro sociale, c’è una sofferenza fisica che non mostra miglioramenti nel corso degli anni e che – secondo la perita – “ rappresenta una deviazione-spostamento sul registro corporeo concreto di un disagio psico-emotivo ”. Questo disagio – sempre secondo la Dr.ssa \_\_\_\_\_ – non è tale da compromettere l’esigibilità di uno sforzo per recuperare almeno in parte un funzionamento lavorativo. Infine, la specialista ha rilevato che non è in atto alcun trattamento farmacologico di pertinenza psichiatrica “ che potrebbe coadiuvare gli interventi medici in senso stretto e migliorare la gestione dei sintomi dolorosi ” e non vi è stato un aggravamento nel corso degli anni della patologia psichiatrica (doc. AI 244-56). La Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha confermato un’inabilità del 30% a partire dalla perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 2011

continuativamente senza peggioramenti, sia nella precedente attività che in attività adeguata. Questa percentuale va integrata con le inabilità di pertinenza organica “ in quanto aspetti fisici sono in parte già considerati nella percentuale psichiatrica ” (doc. AI 244-57). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni della Dr.ssa \_\_\_\_\_.

L’insorgente ha prodotto il referto del 22 agosto 2013 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha, da parte sua, diagnosticato una “ sindrome mista ansiosa-depressiva (ICD-10 F41.2)” e una “sindrome somatoforme indifferenziata con reazione depressiva prolungata (ICD-10 F45) ”. Secondo il medico curante la paziente negli ultimi due anni ha subito un peggioramento del suo stato psichico e rimane inabile al 100% con una prognosi sfavorevole (doc. AI 255-2). Su questo referto ha preso posizione il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR nell’annotazione del 4 settembre 2013 rilevando che non apporta nuovi elementi contenendo diagnosi già accertate in ambito SAM (doc. AI 259-1). Queste conclusioni possono essere fatte proprie dal TCA. Il Dr. \_\_\_\_\_, nel certificato del 28 giugno 2012, aveva già diagnosticato una “ sindrome mista ansiosa-depressiva oltre che una “sindrome somatoforme indifferenziata con reazione depressiva prolungata (ICD-10 F45) ” con inabilità al 100% (doc. AI 200-5) e nei referti del 6 ottobre 2011 e 17 novembre 2011 aveva già riferito di un peggioramento (doc. AI 143-16, 156-2). Tali certificazioni sono già state prese in considerazione nell’ambito della perizia SAM del 21 maggio 2013 (doc. AI 244-4/6). Dunque, il nuovo scritto del Dr. \_\_\_\_\_ nulla aggiunge a quanto era già stato valutato dai periti. Anche nell’annotazione dell’8 ottobre 2013 il Dr. \_\_\_\_\_ e la Dr.ssa \_\_\_\_\_ hanno confermato che questo rapporto “ contiene le note diagnosi e pure la descrizione clinica risulta invariata rispetto alla valutazione peritale dr.ssa \_\_\_\_\_ ” (doc. VIII). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C\_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 méde-cins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L’Alta Corte ha nuovamente confermato la sua giurisprudenza nella STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2, nella quale ha ribadito la correttezza della valutazione eseguita dai periti del Centro peritale, anziché quella del

curante, osservando che “ a ciò si aggiunge che la valutazione del primo giudice tiene meglio conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr., tra le tante, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti)”. In una sentenza 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013, l’Alta Corte, confermando la STCA 36.2012.67 dell’11 febbraio 2013, ha ritenuto corretta, nonostante la certificazione dello psichiatra curante, la valutazione peritale psichiatrica eseguita dal SAM, ricordando che, in presenza di perizie esterne, il solo fatto che uno o più curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimetterle in discussione e ad imporre nuovi accertamenti (cfr. fra le tante 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012 consid. 4; 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4. con riferimenti). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dal profilo psichico dell’assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ del SAM.

2.6.2. Per quanto riguarda la patologia reumatologica l’assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, il quale nella perizia del 20 marzo 2013 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “ Fibromialgia/sindrome somatoforme da dolore persistente. Sindrome dolorosa panvertebrale cronica – principalmente nell’ambito della prima diagnosi; - minime alterazioni degenerative cervicali conformi all’età” (doc. AI 244-62). Dal punto di vista della capacità lavorativa egli ha – in un primo tempo – valutato l’assicurata abile a tempo pieno, in ogni attività, con un rendimento ridotto al massimo del 10%. Questa percentuale è ritenuta invariata sia rispetto alla perizia del 2009 che per quella del 2011 (doc. AI 244-63). Nel successivo rapporto del 19 aprile 2013 il Dr. \_\_\_\_\_, dopo aver preso visione della IRM lombare del 25 marzo 2013 e della IRM della colonna cervicale del 31 ottobre 2012 ha modificato la propria diagnosi indicando una Fibromialgia/sindrome somatoforme da dolore persistente. Sindrome dolorosa panvertebrale cronica – nell’ambito della prima diagnosi; - alterazioni degenerative cervicali tra C4 e C7 con osteocondrosi Modic I a livello C4-C5 e C6-C7; - probabile spondiloartrite assiale non radiologica (indifferenziata). Probabile spondiloartrite assiale non radiologica (indifferenziata). - sacroileite bilaterale erosiva leggermente attiva (MRI 25.3.2013) ” (doc. AI 244-68). Dal punto di vista della capacità lavorativa, con i nuovi elementi a disposizione, il perito ha valutato l’assicurata inabile al 40% nell’attività di ausiliaria di pulizie e aiuto-cucina, mentre l’inabilità è del 25% come commessa e venditrice. In altre attività manuali mediamente pesanti l’inabilità è del 40%, mentre in attività leggera l’incapacità è del 25% (doc. AI 244-69). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ che non sono del resto state smentite da ulteriori certificati medico-specialistici.

2.6.3. Per quanto riguarda la patologia neurologica l’assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale nella perizia del 22 marzo 2013 ha posto la diagnosi di “ Neuropatia del nervo safeno a ds. con associati dolori e disestesia nel territorio d’innervazione del nervo safeno ds. Neuropatia del nervo genito-femorale ds. nell’ambito di una linfadenopatia inguinale a ds. Cefalee croniche principalmente di tipo psicogeno con eventuale componente vasomotoria minore .” (doc. AI 244-75). La capacità lavorativa della paziente è valutata al 50% sia per l’ultima attività svolta che per altri lavori. Questa valutazione è ritenuta valevole a partire dal mese di maggio 2010 (doc. AI 244-75). Il TCA non ha motivo per distanziarsi neppure dalle conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_.

2.6.4. Per quanto riguarda la patologia oncologica l’assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e oncologia-ematologia, il quale nel rapporto del 13 marzo 2013 ha posto la diagnosi di “1. Melanoma maligno cutaneo della regione

antero-interna della coscia ds., tipo SSM, con crescita verticale, indice di Breslow 1.1 mm, livello di Clark III, stadio pT2a pN0 sn 0/6 M0, stadio IB, prima diagnosi settembre 2009: - resezione chirurgica in toto della lesione in data 01.09.2009; - escissione pericatriciale complementare, ricerca ed escissione dei linfonodi sentinella in data 13.10.2009;- situazione attuale: nessuna evidenza di recidiva neoplastica . 2. Sindrome algica all'arto inferiore destro, successiva alla resezione chirurgica, di origine non chiara" (doc. AI 244-77). A mente del Dr. Spataro la malattia oncologica non ha influenza sulla capacità lavorativa dell'assicurata (doc. AI 244-77). Il TCA non ha motivo per distanziarsi neppure dalle conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ che non sono del resto state smentite da ulteriori certificati medico-specialistici. Nello scritto del 29 luglio 2013 della Dr.ssa \_\_\_\_\_ dell'Istituto oncologico \_\_\_\_\_, prodotto dalla ricorrente, la specialista ha attestato che non vi sono indizi clinici e laboratoristici di recidiva della malattia (doc. B). 2.6.5. In sede di osservazioni al progetto di decisione l'assicurata ha prodotto il certificato dell'8 agosto 2013 del medico curante Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, dunque non specialista nella materia che qui ci occupa, che ha osservato "elementi non spiegabili con un'origine non organica" con una sintomatologia caratterizzata da vertigini, debolezza, intolleranza allo sforzo, lipotimia e oppressione precordiale. Sintomi presenti quando la paziente è in posizione eretta. Il medico curante ha quindi richiesto una valutazione al Dr. \_\_\_\_\_ che ha diagnosticato una "probabile disfunzione neurovegetativa con sindrome da intolleranza ortostatica". Secondo il Dr. \_\_\_\_\_ l'assicurata non riesce a restare in posizione eretta a lungo, per cui non può svolgere attività lavorative a lungo termine (doc. AI 253-12). Il medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, ha interpellato il Dr. \_\_\_\_\_ in merito al disturbo segnalato dal medico curante (doc. AI 257-1). Il Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio di cardiologia e angiologia dell'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, in data 29 agosto 2013, ha trasmesso al Dr. \_\_\_\_\_ una copia della valutazione effettuata il 23 maggio 2013 rilevando che per quanto riguarda l'idoneità professionale, dal punto di vista cardiocircolatorio, per un'attività con sforzi fisici leggeri e che non implica una stazione eretta prolungata l'assicurata è da ritenersi pienamente abile (doc. AI 258-1+258-2). Nelle annotazioni del 4 settembre 2013 il Dr. \_\_\_\_\_ ha confermato le conclusioni dei periti del SAM riguardo ad una capacità lavorativa residua del 50%, con l'aggiunta che è esigibile un'attività prevalentemente sedentaria che non implica una stazione eretta prolungata (doc. AI 259-1). In via ricorsuale l'avv.RA 1 ha prodotto lo scritto del 20 settembre 2013 del Dr. \_\_\_\_\_, il quale dopo aver ripreso il contenuto della sua precedente certificazione dell'8 agosto 2013, ha ribadito l'impossibilità di arrivare a una diagnosi conclusiva riguardo ai sintomi presentati dall'assicurata (vertigini, debolezza, intolleranza allo sforzo, lipotimia e oppressione precordiale) e l'inabilità al lavoro della paziente (doc. A4). I medici del SMR, Dr. \_\_\_\_\_ e Dr.ssa \_\_\_\_\_, cui è stato sottoposto anche questo referto, non hanno riscontrato elementi nuovi o nuove diagnosi (doc. VIII). In data 11 novembre 2013 il legale dell'assicurata ha prodotto un nuovo scritto del Dr. \_\_\_\_\_, unitamente alle risultanze delle misurazioni della pressione di RI 1. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una "sindrome disautonomica" all'origine dei malori dell'assicurata quando si sottopone a sforzi (doc. C1/2). Il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha tuttavia rilevato che la misurazione delle pressioni arteriose non è risultata patologica: "un abbassamento della pressione arteriosa a 104/72 con FC di 73 non corrisponde a patologia" (doc. XVbis). 2.6.6. Globalmente i periti del SAM hanno concluso che rispetto alla precedente perizia SAM del 2011, la patologia psichiatrica è rimasta stabile, quella neurologica è peggiorata ma senza comportare maggiori limitazioni

funzionali e quella reumatologica è peggiorata e comporta dal mese di novembre 2012 una maggior diminuzione della capacità lavorativa (doc. AI 244-46). Secondo i periti “ le percentuali d’incapacità lavorativa attestate per le varie patologie non devono essere sommate bensì integrate, perché si compensano vicendevolmente, essendo tutte all’origine di una diminuzione del rendimento ed incentrate sul problema del dolore cronico. Nonostante il peggioramento del quadro clinico, valutiamo la capacità lavorativa residua dell’A. nel suo insieme invariata rispetto alla precedente perizia del 01.07.2011. L’A. mantiene complessivamente una capacità lavorativa residua del 50%, intesa come diminuzione del rendimento per il normale tempo di lavoro, in tutte le attività lavorative leggere e mediamente pesanti, comprese quelle esercitate in precedenza di ausiliaria di pulizie, ausiliaria di cucina e commessa-venditrice. Non sono invece esigibili le attività pesanti e medio pesanti ” (doc. AI 244-46+47). A queste conclusioni vanno aggiunte le precisazioni del medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, secondo cui è esigibile un’attività prevalentemente sedentaria che non implica una stazione eretta prolungata (doc. AI 259-1).

2.7. A proposito della valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l’Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l’Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’incapacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che “una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo”. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). In una sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - concernente il caso di un assicurato affetto da patologie, invalidanti, sia reumatologiche che psichiatriche - il TCA ha, ancora una volta, avuto modo di sottolineare l’importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, che scaturisca da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. In quell’occasione, a fronte dell’opinione del perito psichiatra giudiziario, secondo il quale “la patologia psichiatrica complica e peggiora quella dell’apparato locomotorio” e vista la mancanza, fatta valere anche dal SMR, di una discussione globale tra perito psichiatra giudiziario e perito reumatologo, il Presidente del TCA ha provveduto a fare svolgere la valutazione globale nel corso del dibattimento che ha avuto luogo il 16 maggio 2013. Alla luce delle risultanze della discussione del 16 maggio 2013 fra il perito reumatologo e il perito psichiatra giudiziario, alla presenza delle parti e dei medici del SMR, il TCA, con sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - dopo avere ricordato che, secondo la giurisprudenza federale la discussione fra gli esperti di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre

2012; STF 8C\_245/2012 del 9 aprile 2013) – ha concluso che l'assicurato è praticamente inabile al lavoro in misura totale per i suoi problemi di salute attestati dagli esperti in reumatologia e in psichiatria. In una sentenza 9C\_262/2013 del 5 giugno 2013 il Tribunale federale ha stabilito che la valutazione globale delle patologie dell'assicurato può anche essere effettuata per via di circolazione e si è così espresso: " (...) 1.2. Im MEDAS-Gutachten vom 15. Dezember 2011 wurde eine den neurokognitiven Fähigkeiten entsprechende Verweistätigkeit, vorzugsweise sitzend, während zwei bis drei Stunden täglich als zumutbar bezeichnet. Diese Einschätzung galt ab Datum der Schlussbesprechung vom 30. November 2011, welche auf einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachleute beruhte. Die Vorinstanz hat darauf abgestellt, womit sie weder die Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Bericht verkannt hat noch in willkürliche Beweiswürdigung verfallen ist (Urteil 9C\_604/2012 vom 16. November 2012 E. 1) : Der Zweck interdisziplinärer Gutachten ist, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen ( BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt insbesondere dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte unter Leitung eines fallführenden Arztes (Hauptgutachter) erfolgt (Urteil 9C\_687/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2.2 mit Hinweis; vgl. auch Urteil 8C\_854/2012 vom 4. April 2013 E. 4.2). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 15. Dezember 2011 wurde somit von allen beteiligten Experten, namentlich auch von der Neurologin mitgetragen. Dies stellt keinen Widerspruch dazu dar, dass sie in ihrem Teilgutachten vom 1. September 2011 aus (rein) neurologischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgegangen war. Darin findet sich im Übrigen nichts, was die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 30 % (2 bis 3 Stunden im Tag) im Hauptgutachten als zweifelhaft oder sogar unrichtig erscheinen lassen könnte. Die von der Beschwerdeführerin erwähnte EDSS ist gemäss der neurologischen Gutachterin ein strenger Prädiktor dafür, in welcher Zeitspanne prozentual wieviele Patienten, die an einer Encephalomyelitis disseminata (MS) mit sekundärer chronischer Verlaufsform leiden, die Gehfähigkeit verlieren. Dieser Vorhersagewert verschlechtert sich von 3 bis 5. Die Expertin gab für die Beschwerdegegnerin den Wert 3,5 an. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern dies die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im neurologischen Teilgutachten und im Hauptgutachten in einen unauflösbaren Widerspruch bringt, und zwar umso weniger, als die Neurologin davon auszugehen scheint, dass die Beschwerdegegnerin im zeitlichen Rahmen zumutbarer Arbeitsfähigkeit von ca. drei Stunden täglich nicht voll leistungsfähig ist, wobei das genaue Ausmass nicht quantifiziert werden könne." 2.8. Nella presente fattispecie , preso atto della discussione fra gli esperti avvenuta per via di circolazione (vedi la conferma sulle diagnosi e conclusioni della perizia da parte della Dr.ssa \_\_\_\_\_, del Dr. \_\_\_\_\_, del Dr. \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_, cfr. doc. AI 244-1/49+50+51+52), questo Tribunale non ha motivi per non ritenere che l'assicurata è inabile al lavoro al 50% in ogni attività. Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze dei periti interpellati dall'amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessata e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata 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 schweizerischen 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), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurata è inabile al 50% in ogni attività lavorativa dal 1° marzo 2011. 2.9. 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 2011 (l'assicurata è stata posta al beneficio di una mezza rendita dal 1° giugno 2011). 2.9.1. 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, tre anni di scuola maggiore e un anno di economia domestica con il tirocinio quale sarta (attestato di capacità del 1985). Dall'anamnesi professionale ripresa nella perizia SAM del 6 febbraio 2009 si evince che l'assicurata ha avuto numerose esperienze lavorative quale operaia (anche a domicilio), commessa / cassiera, ausiliaria di cucina e ausiliaria di pulizie (doc. AI 59-12, 68-1). L'amministrazione, visto che l'assicurata non ha mai avuto esperienze lavorative durature e dal 2008 è al beneficio del sostegno sociale, ha ritenuto di dovere fare capo ai dati statistici, in quanto non è possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che ella avrebbe potuto conseguire senza invalidità. In considerazione di ciò, il reddito da valido è stato determinato sulla base di dati statistici. Il TCA non ha ragioni per discostarsi da questo modo di procedere, peraltro non contestato dalla ricorrente (cfr. doc. I, IV). L'amministrazione, nella decisione impugnata ha applicato i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1 2010, categoria 4, attività semplici e ripetitive ottenendo un importo

mensile di fr. 4'225.-- che riportato su 41.7 ore corrisponde a fr. 4'404.56 al mese, pari a fr. 52'854.75 all'anno che aggiornati al 2011 sono fr. 53'383.29 (+1,0% per il 2011 ). 2.9.2.

Per quanto riguarda invece il reddito da invalido , contestato dal ricorrente, 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 41.7 ore ( cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 9-2011, p. 94 ), esso ammonta a fr. 4'404.56 mensili oppure a fr. 52'854.75.-- per l'intero anno (fr. 4'404.56 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). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (" Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2011 (+1,0%), un reddito mensile di fr. 4'448.60 oppure di fr. 53'383.29 per l'intero anno (fr. 4'448.60 x 12). 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 35.2004.104 del 25 aprile 2005, 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 pronunzia 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.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l'altro, delle deduzioni percentuali varianti dall'1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l'applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: " (...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffner [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C\_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C\_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.10. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione complessiva del 4% " per attività leggere " (cfr. doc. 251/1-4). 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).» Nel caso di specie, alla luce di quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza del 26 agosto 2013 (cfr. consid. 2.9.2.), il TCA non può quindi condividere la scelta dell'Ufficio AI di applicare una riduzione del 4%, ma ritiene corretta una riduzione del 5%. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, con riferimento al 2011, partendo da un salario da invalido di fr. 53'383.29 e ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50%, ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 25'357.06. Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 53'383.29 (consid. 2.9.1.), emerge un tasso d'invalidità del 52,5%, arrotondato al 53% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che dà diritto ad una mezza rendita di invalidità, come correttamente ritenuto dall'amministrazione. Per quanto riguarda il periodo precedente, il TCA non può che confermare l'incapacità lavorativa del 30% sino al 14 settembre 2009; l'incapacità lavorativa del 100% dal 15 settembre 2009 al 1° novembre 2009; l'incapacità lavorativa del 30% dal 2 novembre 2009 al 30 aprile 2010; l'incapacità lavorativa del 50% dal 1° maggio 2010 al 14 agosto 2010; l'incapacità lavorativa del 100% dal 15 agosto 2010 al 28 febbraio 2011 e l'incapacità lavorativa del 50% dal 1° marzo 2011. Pertanto l'assicurata ha diritto dal 1° maggio 2010, secondo il calcolo della media retrospettiva, ad un quarto di rendita (grado AI del 41%); dal 1° agosto 2010, ovvero tre mesi dopo l'assegnazione, ella ha diritto a mezza rendita di invalidità (grado AI del 50%); dal 1° novembre 2010, ovvero tre mesi dopo il peggioramento dello stato di salute, ha diritto ad una rendita intera (grado AI del 100%); dal 1° giugno 2011, ovvero tre mesi dopo il nuovo miglioramento dello stato di salute (art. 88a OAI), ha diritto a mezza rendita (grado AI del 50%). Il versamento della rendita può però decorrere unicamente a far capo dal 1° febbraio 2011, ovvero sei mesi dopo l'inoltro della nuova richiesta di prestazioni (art. 29 LAI). Visto quanto precede, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto.

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.-- andrebbero poste a carico dell'assicurata, la quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. doc. I). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: "(...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati,

come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)" 2.12. La ricorrente ha infine postulato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Dalle tavole processuali si evince che la ricorrente, divorziata, percepisce la prestazione complementare alla rendita di invalidità.(cfr. doc. A5). In tali circostanze l'indigenza deve essere ammessa. L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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