

TI_GERICHTE 32.2013.193 vom 26. September 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.193

FR: TI_GERICHTE 32.2013.193 du 26 septembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.193 del 26 settembre 2013

Regeste

Respinta domanda dell'assicurata dopo valutazione reumatologica e economica. Tasso di invalidità 17%. Esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio in cui realizzare la sua capacità lavorativa residua in attività leggere. AG accolta

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 oppure no l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto ad una rendita 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. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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%. 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). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di

regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età 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). Secondo la giurisprudenza 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 e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. 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).

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 é 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). 2.4. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di valutare lo stato di salute dell'interessata, ha affidato al Dr. _____ il mandato di esperire una perizia medica reumatologica. Il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, nel referto peritale del 13 maggio 2013, dopo aver esposto l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e le constatazioni obiettive, ha posto la seguente diagnosi: " (...) Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale con possibile componente radicolare irritativa L5 a destra in - Esiti da sequestrectomia L4/L5 il 25.9.2009 e sequestrectomia

L4/L5 con neurolisi di L5 per recidiva erniaria, il 31.10.2011, con probabile instabilità segmentale, tessuto cicatriziale al segmento operato - Alterazioni degenerative del rachide lombare (discopatie ed L5/S1) - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi sinistro convessa toracolombare) - Decondizionamento e sbilancio muscolare Gonalgie anteriori meccaniche bilaterali in - Esiti da artrotomia con fissazione della rotula destra per lussazione recidivante, nel 1998 - Probabile gonartrosi Piedi cavi bilaterali con alluci valghi dalle due parti" (doc. AI 67-9). Dal punto di vista della capacità lavorativa residua, secondo il perito RI 1 nella sua ultima attività come fiorista è abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 70%, a partire dal 18 luglio 2012. Nelle mansioni di " call-center " , l'assicurata è ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 50% , a decorrere dal 18 luglio 2012. Infine, in un'attività adeguata il Dr. _____ ha ritenuto l'insorgente abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 10% a distanza di un mese dalla fine del trattamento con radiofrequenza pulsata al rachide lombare eseguito il 18.6.2012, quindi a decorrere dal 18 luglio 2012 (doc. AI 67-9/10). Nel rapporto finale del 16 maggio 2013 il medico del Servizio Medico Regionale (SMR), Dr. _____, ha ripreso la diagnosi e le percentuali d'inabilità lavorativa indicate dal perito (doc. AI 68-1). Alla perizia del Dr. _____, ben motivata, che non evidenzia contraddizioni e non si può affermare essere fondata su accertamenti di fatto errati, può senz'altro essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai succitati criteri stabiliti dalla giurisprudenza (consid. 2.3.). Contrariamente a quanto sostiene il ricorrente (cfr. doc. I, pag. 4), nella perizia in questione il Dr. _____ si è chinato sulla questione della capacità lavorativa residua sia nella precedente attività di venditrice-fiorista, sia in quella di operatrice " call-center " (attività per la quale ha svolto un corso, poi interrotto, nell'ambito delle misure reintegrative, cfr. doc. AI 56-1, 57-1) che infine in attività adeguate. Il perito ha quindi proceduto all'esame della funzionalità fisica dell'assicurata nelle seguenti attività: A. Sollevamento e/o trasporto di carichi. B. Manipolazione di oggetti, attrezzi, pulsantiere. C. Posizione di lavoro o Dinamiche particolari. D. Mantenere posizioni statiche. E. Spostarsi / camminare (doc. AI 67-11). Per quanto riguarda la critica, secondo cui il perito non ha fornito indicazioni su quali attività

siano ancora esigibili da RI 1 (cfr. doc. I, pag. 5), va precisato che è compito del consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, di valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF del 31 marzo 2008 nella causa P., 9C_13/2007; Meyer-Blaser, op. cit., pag. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 201). Non permette una diversa valutazione della fattispecie il referto del 28 agosto 2013 del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna generale, e dunque non specialista nella materia che qui ci occupa, il quale ha confermato le diagnosi del Dr. _____ ma ha espresso una valutazione divergente in merito all'incapacità lavorativa residua (100% nell'ultima attività e 50% in ogni altra). Il referto del Dr. _____ è stato valutato dal medico del SMR, Dr. _____, il quale nelle annotazioni del 17 settembre 2013 ha precisato che le differenze di valutazione riscontrate sono riconducibili a una diversa interpretazione della misura della capacità lavorativa espressa dal medico curante rispetto al perito (doc. AI 86-1). 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 médecins 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. (...)" Anche il referto del 10 dicembre 2013 del Dr. _____ della _____ Klinik di _____ non consente di inficiare le conclusioni del Dr. _____. Il medico della _____ Klinik infatti ha posto una diagnosi in sostanza sovrapponibile a quella del perito, segnalando un'assenza di progressione delle alterazioni degenerative in L4/4, L5/S1: " Auch im Vergleich zu dieser Untersuchung zeigt sich keine Progredienz der degenerativen Veränderungen auf Höhe L4/4, L5/S1 " (doc. B). Egli poi non ha espresso alcuna valutazione sulla capacità lavorativa residua della paziente (doc. B). Nelle annotazioni dell'11 febbraio 2014 il Dr. _____ del SMR, esprimendosi sul referto della _____ Klinik, ha indicato un'assenza di sostanziale modifica del quadro clinico e radiologico (doc. XIV1). In conclusione, rispecchiando la perizia del Dr. _____ i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.3.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe

all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata è abile al lavoro al 70% nella precedente attività di fiorista-venditrice, al 50% quale operatrice di " call-center " e al 90% in attività adeguate dal 18 luglio 2012. Per quanto riguarda le attività esigibili dall'assicurata, la decisione impugnata ha rimandato alle attività semplici e ripetitive della categoria 4 TA1 (doc. AI 87-1). L'insorgente ha criticato il provvedimento dell'amministrazione, in quanto non sarebbe stato interpellato alcun consulente professionale " al fine di valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili " (doc. I, pag. 5). Il TCA non condivide le critiche del patrocinatore della ricorrente. Infatti, innanzitutto l'Ufficio AI – in sede di risposta – ha indicato le valutazioni svolte dal Servizio intergrazione professionale (SIP), ovvero in data 29 dicembre 2011, 25 gennaio 2012 e 14 aprile 2012 e 17 ottobre 2013 (doc. V). Inoltre è noto che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. È poi utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. DTF 119 V 347; VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). Il Tribunale federale ha nuovamente avuto occasione di richiamare la sua giurisprudenza nella STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008, con la quale ha confermato la STCA 35.2007.42 del 21 giugno 2007, osservando: " 8.2 Come rettamente rilevato dal Presidente del Tribunale cantonale, tuttavia, la questione se la capacità lavorativa in posizione prevalentemente eretta risulta effettivamente ridotta non va risolta in questa sede. In effetti in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 4, tabella TA1) - un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurato (v. per analogia la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 324/00 del 5 giugno 2001, consid. 2b) - la Corte ha già ripetutamente statuito, in casi con limitazioni funzionali analoghe, che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; si veda anche la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di

sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7).” Il Tribunale federale ha ribadito la propria giurisprudenza in una STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, nella quale, confermando la sentenza 32.2012.41 del 24 luglio 2012 di questa Corte, ha ritenuto esigibili da parte dell’assicurata le attività leggere e prevalentemente sedentarie considerate dall’amministrazione (quali, ad esempio, quella di impiegata in un call center o quella di operaia generica, ad esempio presso una ditta farmaceutica), sottolineando che “le professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) indicate sono esercitabili senza necessariamente mettere in atto particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3)”. In un’altra sentenza 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, confermando la pronuncia di questo Tribunale 35.2012.17 del 18 giugno 2012, l’Alta Corte ha ribadito che, nel caso di un’assicurata, affetta da disturbi a livello del rachide lombo-sacrale e ritenuta, dal profilo medico, ancora abile al lavoro al 100% in attività adeguate, esistesse un mercato del lavoro sufficientemente ampio in cui realizzare la sua capacità lavorativa residua, esercitando attività leggere, con possibilità di alternare la postura.

2.5. 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.

2.5.1. Per quel che concerne il reddito da valido, l’UAI ha quantificato il reddito che l’assicurata avrebbe potuto percepire da sana nel 2011, in fr. 45'600.-- in base al questionario del datore di lavoro del 20 dicembre 2012 (doc. AI 20-1). Questo importo non è stato contestato dalla ricorrente (cfr. doc.I, XII) e può essere ammesso dal TCA.

2.5.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell’interessato, a condizione però che quest’ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall’attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l’assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall’Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener

conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, pubblicata in DTF 135 V 297, ha ricordato che: "3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009 (nдр: DTF 135 V 297), il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." Utilizzando i dati forniti dalla succitata 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, 6-2014, p. 84), esso ammonta a fr. 4'404.55.-- mensili oppure a fr. 52'854.75 per l'intero anno (fr. 4'404.55.-- 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 (cfr. tab. B 10.3, pubblicata in La Vie économique, 6-2014, p. 85), un reddito mensile di fr. 4'447.25 oppure di fr. 53'366.95 per l'intero anno (fr. 4'447.25 x 12). Nella decisione impugnata l'Ufficio AI non ha applicato il gap salariale per due motivi: avendo l'assicurata lavorato per più di 5 anni presso lo stesso datore di lavoro (_____, in precedenza _____) ella si sarebbe accontentata di un salario modesto. In secondo luogo l'assicurata non ha svolto ricerche di lavoro per migliorare la

propria situazione finanziaria (cfr. doc. AI 87-3). La mancata applicazione del gap salariale può qui rimanere indecisa. Come vedremo, infatti, anche applicando il gap salariale la soluzione finale non cambia (cfr. doc. 2.7.). L'assicurata, quale fiorista-venditrice, avrebbe guadagnato nel 2011 fr. 45'600.-- / anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.5.1.). Tale reddito si situa, per ragioni estranee all'invalidità, sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 52'596.60, cfr. Tabella TA1 p.to 47 "Commercio al dettaglio", livello di qualifica 4, fr. 4'164.-- X 12 mesi = 49'968.-- riportato su 41.7 = 52'091.64 e aggiornato al 2011). Se si riduce il reddito statistico da invalido, in applicazione della giurisprudenza di cui alla 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, della percentuale dell'8,3% (parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5%) si ottiene un importo di fr. 48'937.49. Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico, l'assicurata può esercitare un'attività adeguata alle sue condizioni di salute a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 10% il reddito statistico va ridotto del 10% e ammonta a fr. 48'030.25 (fr. 53'366.95 ridotti del 10%), senza gap salariale, mentre ammonta a fr. 44'043.75 (fr. 48'937.49 ridotti del 10%), con il gap salariale.

2.6. 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/Stauffer [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." 2.7. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione complessiva del 4% per "attività leggera" (cfr. doc. AI 70-2, 87-3), mentre la ricorrente ha postulato l'applicazione del 14% (cfr. doc. I, pag. 6). 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. 2.6.), 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, partendo da un salario da invalido di fr . 48'030.25 e ammettendo la riduzione del 5%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 45'628.75 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 45'600.-- (consid. 2.5.1.) non emerge alcun grado d'invalidità. A titolo abbondanziale va rilevato che anche applicando la riduzione dal reddito da invalido postulata dal ricorrente (14%) e il gap salariale, la soluzione finale non cambia. Partendo da un salario da invalido di fr . 44'043.75 e ammettendo la riduzione del 14%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 37'877.60 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 45'600.-- (consid. 2.5.1.) emerge un tasso d'invalidità del 16,9% arrotondato al 17% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà

diritto comunque ad una rendita d'invalidità. Ne consegue che la decisione del 26 settembre 2013 con la quale l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata deve essere confermata. 2.8. L'assicurata nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di una perizia giudiziaria, subordinatamente ulteriori accertamenti medici e economici (doc. I). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.9. 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, IX). 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. (...)". 2.10. La ricorrente ha infine postulato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I, IX). 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, è al beneficio di prestazioni assistenziali (cfr. doc. IX). 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.