

TI_GERICHTE 32.2014.13 vom 3. Dezember 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-12-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.13

FR: TI_GERICHTE 32.2014.13 du 3 décembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2014.13 del 3 dicembre 2013

Regeste

L'UAI ha rettamente respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata dopo perizia pluridisciplinare (psichiatrica / reumatologica / neurologica). Visti i rapporti dello psichiatra curante gli atti sono comunque trasmessi all'UAI per avviare una revisione d'ufficio

Erwägungen

E. 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

concludenza. 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_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 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_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 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). 2.3. 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 - rientrante 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 [ndr.: 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 Schlauri [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 (nдр.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il

perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) Il 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 sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...)

E. 4.2

In questo contesto, il Tribunale cantonale ha giustamente esplicitato il concetto per cui un disturbo psichico non deve necessariamente provocare un'incapacità lavorativa invalidante. Ciò vale in particolare nel caso – come quello di specie – in cui la diagnosi pronunciata mette in evidenza un danno di lieve entità.

E. 4.3

Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio – a seconda delle circostanze – effetti invalidanti (sentenze I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; I 834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; I 488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia “unicamente” una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008/IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06])." Se dal punto di vista psichiatrico ci confermate l'assenza di un'altra diagnosi tipo disturbo serio di personalità riterremmo l'assicurata abile al 100% dal punto di vista psichiatrico in assenza di un danno alla salute invalidante ai sensi di legge." (doc. AI 67-1/2) In data 23 agosto 2013 la Dr.ssa _____ ha così risposto al Dr. _____: " (...) In merito allo scritto del 22.07.2013 da parte dell'Ufficio AI concernente l'Assicurata a margine, posso confermare, come d'altra parte si evince nella valutazione peritale psichiatrica del 07.06.2013, l'assenza di un'altra diagnosi tipo disturbo serio di personalità. Le limitazioni riscontrate per quanto riguarda l'aspetto lavorativo con riduzione del rendimento nella misura del 20% vanno comunque riferite ad un quadro clinico caratterizzato dalla presenza di un disturbo distimico

in comorbidità con una sindrome somatoforme da dolore persistente, per cui sono stati valutati i criteri di Förster." (doc. AI 68-2) Il medico del SAM, Dr. _____, nello scritto del 29 agosto 2013 allegato alla risposta della Dr.ssa _____, entrambi indirizzati all'UAI, ha quindi rilevato: " (...) Come può osservare la nostra consulente conferma l'assenza di un'altra diagnosi psichiatrica di tipo disturbo serio di personalità, ciò che si evince dal suo rapporto peritale del 7.6.2013. La Dr.ssa med. _____ sottolinea di aver constatato i criteri di Förster la cui valutazione rimane però giuridica. Riteniamo dunque possibile che, dal punto di vista medico, un'A. sia inabile al lavoro mentre l'amministrazione AI non lo ritenga giustificato, come in questo caso sulla base della segnalata giurisprudenza." (doc. AI 68-1) Il 6 novembre 2014, il TCA ha interpellato la Dr.ssa _____ invitandola a definire nel dettaglio per quali ragioni mediche ha valutato una riduzione del rendimento del 20% e a prendere posizione sui referti del Dr. _____ del 18 ottobre 2013 e del 2 gennaio 2014 (doc. VI). La Dr.ssa _____ ha risposto in data 11 dicembre 2014 (doc. VIII). Chiamato ora a pronunciarsi, il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, la diagnosi di distimia in quanto tale non è invalidante. Essa può tuttavia essere considerata invalidante quando è associata ad altri disturbi gravi della personalità. Il TCA, nella sentenza 32.2007.158 del 10 marzo 2008, alla quale ha fatto seguito la STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, (cfr. consid. 2.5.1.) aveva rammentato le caratteristiche della distimia. Il Tribunale federale ha confermato la propria giurisprudenza in una sentenza 9C_922/2009 del 9 luglio 2010, nella quale ha approvato la decisione dell'amministrazione, avallata dai primi giudici, di sopprimere, in sede di revisione, il diritto ad un quarto di rendita di invalidità del quale beneficiava un'assicurata. In tale occasione, la nostra Massima Istanza ha ritenuto corretta la valutazione del SMR di considerare l'assicurata, affetta da distimia e da disturbo della personalità con tratti immaturi e dipendenti, pienamente abile al lavoro in attività adatte, distanziandosi in tal modo dalle risultanze della perizia psichiatrica, che concludeva per contro per un'incapacità lavorativa del 40%. Nella presente fattispecie la diagnosi di distimia posta dal medico psichiatra del SAM non è associata ad altri disturbi gravi della personalità, ma è in comorbidità con una sindrome somatoforme da dolore persistente (cfr. perizia del 7 giugno 2013, Dr.ssa _____ doc. AI 68-2, risposta dell'11 dicembre 2014, doc. VIII). Pertanto la distimia come tale non è, nel caso concreto, invalidante. Per quel che riguarda la sindrome del dolore somatoforme persistente, va ribadito che, secondo la giurisprudenza federale, questa diagnosi non costituisce, di per sé, una base sufficiente per concludere ad un'invalidità. Esiste per contro una presunzione che i disturbi derivanti da una sindrome somatoforme dolorosa possano essere superati tramite uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cfr. consid. 2.5. e STF I 1093/2006 del 3 dicembre 2007). Come visto in precedenza (cfr. consid. 2.3.), per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa da parte di un assicurato che soffre di una sindrome del dolore somatoforme, la giurisprudenza esige 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. Dalla perizia della Dr.ssa _____ risulta che l'assicurata non è affetta da una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata (cfr. sul tema le sentenze del Tribunale federale I

1093/2006 del 3 dicembre 2007, 9C_636/2007 del 28 luglio 2008, 9C_167/2008 dell'11 marzo 2009). Quanto agli altri criteri qualificati indicati dalla giurisprudenza, va evidenziato che in una sentenza 9C_167/2008 dell'11 marzo 2009 confermando il giudizio del TCA l'Alta Corte ha stabilito che non si era in presenza degli altri criteri richiesti dalla giurisprudenza per stabilire se l'assicurato sia in grado di fornire lo sforzo ragionevolmente esigibile per sormontare gli effetti della sua sintomatologia dolorosa. Il TFA ha infatti osservato: " (...) 5.3.2 Per il resto, l'accertamento del primo giudice secondo cui la ricorrente non avrebbe presentato (quantomeno nel periodo soggetto al presente esame giudiziario) una comorbidità psichiatrica importante quanto a gravità, acutezza e durata, trova conferma nel fatto che gli atti non mettono in evidenza una patologia psichiatrica maggiore e anzi riferiscono di una reazione depressiva in fase di remissione (cfr. ad esempio il rapporto 2 febbraio 2007 del curante, dott. X). Quanto agli altri criteri elaborati dalla prassi in materia di stabilire se l'assicurato sia in grado di fornire lo sforzo ragionevolmente esigibile per sormontare gli effetti della sua sintomatologia dolorosa, il primo giudice ne ha, senza arbitrio, negato la necessaria intensità e costanza. Così, pur avendo ammesso l'esistenza di affezioni corporali croniche (cervicotoraco-brachialgia a sinistra, ernia discale a livello Th2/Th3, lombalgie di tipo recidivante su alterazione degenerativa iniziale a livello L4/L5), egli ha negato, in maniera certamente sostenibile, la presenza degli altri fattori determinanti. A sostegno della tesi che l'assicurata non avrebbe subito un ritiro totale dalla vita sociale basti rilevare che, per quanto attestato dal suo curante, la ricorrente, ancora nel febbraio 2007, andava regolarmente 4-5 volte alla settimana in palestra a fare fitness. La Corte cantonale poteva pertanto, senza arbitrio, concludere che un'eventuale interruzione dei contatti sociali non era da intendersi in senso patologico bensì fosse piuttosto riconducibile all'uscita dal mondo lavorativo. Lo stesso dicasi per l'assenza di uno stato psichico consolidato e per l'impossibilità di un'evoluzione sul piano terapeutico. La remissione della reazione depressiva, da un lato, e il beneficio - riconosciuto dall'interessata stessa in occasione della visita peritale 30 maggio 2006 della dott.ssa X - tratto dal trattamento farmacologico, dall'altro, potevano legittimamente indurre il primo giudice a ritenere un'evoluzione positiva sul piano terapeutico e a negare la presenza di uno stato psichico consolidato, rispettivamente di un insuccesso dei trattamenti intrapresi conformemente alle regole dell'arte. Del resto, a conferma di questa valutazione, anche il dott. X ha riconosciuto che un'adeguata cura specialistica contribuirebbe a stabilizzare la situazione della paziente in modo tale da consentirle di riprendere una attività lavorativa in modo quasi completo. (...) " In una sentenza I 1093/2006 del 3 dicembre 2007 il Tribunale federale, in un caso concernente un'assicurata affetta da sindrome somatoforme dolorosa, constatata l'assenza di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata, ha proceduto alla valutazione della presenza o meno degli altri criteri richiesti dalla giurisprudenza per considerare eccezionalmente inesigibile per l'assicurata lo sfruttamento della capacità lavorativa. In quell'occasione, la nostra Massima Istanza è giunta alla conclusione che, contrariamente a quanto ritenuto dai primi giudici, il disturbo somatoforme non presentava 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. Su questo tema vedi anche la sentenza del TF 9C_483/2014 del 28 ottobre 2014. Nel caso di specie, la Dr.ssa _____, si è così espressa: " (...) Rispetto i criteri di Förster in merito ai disturbi somatoformi, non si rileva pertanto la presenza manifesta di un quadro psicopatologico depressivo di particolare gravità; il disturbo dell'umore ha assunto carattere cronico, ma permane di lieve entità, il cui decorso può essere influenzabile in modo positivo

tramite delle adeguate cure specialistiche (v. punto 6). Non si osserva una compromissione significativa del funzionamento familiare o una marcata perdita di integrazione sociale nei vari ambiti della vita. Nonostante sia costantemente disturbata dalla presenza di sintomi dolorosi, dal senso di affaticabilità, l'Assicurata cerca di reagire, di accettare i propri limiti e di condurre una vita normale, di occuparsi delle normali attività quotidiane, e dei propri figli, dimostrando un atteggiamento positivo con delle buone risorse e capacità personali. Permane tuttavia una marcata tendenza alla passività con sentimenti di rassegnazione ed incapacità personale ad affrontare i problemi della vita, oltreché riluttanza a farsi carico di rischi e responsabilità, a intraprendere nuove attività, col risultato di una mancanza di progettualità e scarsa mobilitazione delle proprie energie. L'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche con un decorso patologico di più anni, l'insuccesso dei vari trattamenti terapeutici intrapresi, nonostante la collaborazione da parte dell'Assicurata, rendono la prognosi incerta, ma il quadro clinico attualmente obiettivamente adempie solo parzialmente i criteri di Förster, per cui il disturbo somatoforme non risulta essere nel caso in esame di gravità tale da determinare una restrizione significativa della capacità di lavoro; a livello psichico si rilevano pertanto le condizioni necessarie e le risorse psichiche affinché si possa esigere da parte dell'Assicurata un particolare impegno per sormontare il dolore e mettere in valore la sua capacità di lavoro residua." (doc. AI 66-39) Nella risposta dell'11 dicembre 2014 la Dr.ssa _____ si è in sostanza riconfermata nelle proprie considerazioni (doc. VIII). Alla luce di quanto sopra, il TCA non ha ragioni per scostarsi dalle conclusioni della perita del SAM che ha ritenuto invariato il quadro psicopatologico dell'assicurata rispetto alla precedente valutazione del 2008 (Dr. _____, doc. AI 26-21). Dalle risposte della Dr.ssa _____ risultano comunque adempiuti alcuni criteri richiesti dalla giurisprudenza, vedi in particolare l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche con un decorso patologico di più anni e l'insuccesso dei vari trattamenti terapeutici intrapresi, oltre che la tendenza alla passività, la riluttanza a farsi carico di rischi e responsabilità, a intraprendere nuove attività, la mancanza di progettualità e la scarsa mobilitazione delle proprie energie (cfr. doc. AI 66-39) che giustificano una riduzione del rendimento del 20%. In uno scritto del 18 ottobre 2013, prodotto dall'insorgente in sede di osservazioni al progetto di decisione del 18 settembre 2013, il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha posto una diagnosi che in sostanza si sovrappone a quella della perita indicando che vi è una sintomatologia depressiva reattiva ad algie croniche a livello lombare. La paziente – sempre secondo il medico curante – ha riscontrato deflessione timica, diminuzione dello slancio vitale con perdita significativa di interessi, ritiro sociale, irritabilità nervosismo. Non vengono date indicazioni sulla capacità lavorativa residua (doc. AI 72-8). Nelle annotazioni del 5 novembre 2013 il medico del SMR, Dr. _____, ha confermato la valutazione psichiatrica del SAM (doc. AI 75-1). Nel successivo certificato medico del 2 gennaio 2014 il Dr. _____ e lo psicologo _____, hanno rilevato quanto segue: "(...) La signora RI 1 è seguita presso il nostro studio medico dal 20 aprile 2004 a causa di un disturbo di disadattamento a problemi fisici e ovviamente dalla sofferenza che le algie croniche le procurano. Oltre alla grave compromissione della salute, la paziente è confrontata alla presenza di uno stimolatore elettrico impiantato a livello epidurale a conferma dell'irreversibilità del disturbo. Ci troviamo purtroppo di fronte ad una situazione psico-fisica compromessa non solo a livello valetudinario, è impensabile che la paziente possa svolgere una qualsivoglia attività lavorativa, ma anche soprattutto nella gestione della propria vita affettiva in senso lato: le relazioni, gli investimenti, gli interessi, i piaceri. La paziente si sente svalutata; ha assunto il

ruolo di "parassita della famiglia" ha perso le funzioni fondamentali della sua esistenza. Psicologicamente assistiamo ad una progressiva modificazione della struttura psichica verso l'assunzione di una patologia stabile, decisamente depressiva senza garanzia di ripristino di condizioni soddisfacenti. In termini di capacità lavorativa, l'insieme dei disturbi si ripercuote a diversi livelli compromettendo l'attenzione, la concentrazione, la motivazione generando poi insicurezza, vulnerabilità e valorizzazione a scapito dell'impegno richiesto e della responsabilità professionale. Riteniamo quindi indispensabile che la signora RI 1, persona semplice ed autentica, possa occuparsi della propria salute e della complessa problematica esistenziale attraverso un percorso difficile e oneroso, ed essere quindi supportata anche a livello assicurativo." (doc. E) Anche questo referto è stato sottoposto alla valutazione del SMR, in particolare del Dr. _____ e della Dr.ssa _____, i, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che hanno confermato come la documentazione medica prodotta non permetta una diversa valutazione dello stato clinico. Viene infatti confermato l'aspetto reattivo della sintomatologia depressiva inquadrata dalla perita come distimia. I medici del SMR hanno poi rilevato che la terapia antidepressiva è stata lievemente aumentata con basse dosi di Anafranil, ma la sintomatologia descritta è comunque sovrapponibile (doc. IV bis). Il TCA, in data 6 novembre 2014, ha invitato la Dr.ssa _____ a prendere posizione anche sui due referti del Dr. _____ (doc. VI). La Dr.ssa _____ ha risposto in questi termini: " (...) 2) Quanto certificato da parte del Dr. _____ e dallo psicologo _____ non apporta elementi clinici nuovi o di maggiore gravità rispetto la mia valutazione peritale del 07.06.2013: viene infatti identificato da parte loro un disturbo da disadattamento a problemi fisici, con modificazione della struttura psichica verso l'assunzione di una patologia stabile, decisamente depressiva. Da considerare che se la durata dei sintomi depressivi supera i due anni, la diagnosi di sindrome da disadattamento deve essere modificata secondo l'attuale quadro clinico che permane ad ogni modo di lieve entità, ma inquadrabile a livello diagnostico nell'ambito di un disturbo distimico caratterizzato da una depressione cronica con presenza costante di sintomi depressivi simili a quelli del disturbo depressivo maggiore, ma di gravità però minore. L'Assicurata continua ad essere costantemente disturbata dalla presenza di sintomi dolorosi, per cui le limitazioni fisiche, il diminuito senso dell'autonomia, le difficoltà nello svolgimento delle normali attività quotidiane comportano una situazione di persistente disagio che a sua volta influisce negativamente sull'umore per l'impossibilità di vivere una vita soddisfacente, ma non è emersa una compromissione del funzionamento familiare, o una perdita di integrazione sociale significativa nei vari ambiti della vita: l'Assicurata conserva un buon rapporto di coppia e con i propri figli, ha buoni contatti con i parenti, esce per delle passeggiate guida l'auto per brevi tragitti, guarda la tivù, si occupa delle faccende domestiche nel limite delle sue possibilità fisiche, prepara da mangiare, conserva i propri interessi, legge il corano, lavora ad uncinetto. Nonostante sia costantemente disturbata dalla presenza di sintomi dolorosi, dal senso di affaticabilità, l'Assicurata cerca di reagire, di accettare i propri limiti e di condurre una vita normale, di occuparsi delle normali attività quotidiane, e dei propri figli, dimostrando un atteggiamento positivo con delle buone risorse e capacità personali. Si ribadisce che il quadro psicopatologico obiettivato nella valutazione peritale del 07.06.2013, è risultato sostanzialmente invariato, e sovrapponibile a quello rilevato nella precedente valutazione psichiatrica documentata nel 2008, avendo anche preso in considerazione la presenza di uno stimolatore epidurale effettuato nel 2011, oltreché dei sintomi soggettivi dell'Assicurata (v. Disturbi soggettivi -pag. 4- della perizia psichiatrica del 07.06.2013). Rispetto i criteri di Förtster in merito ai disturbi somatoformi,

non ho pertanto rilevato la presenza manifesta di un quadro psicopatologico depressivo di particolare gravità; il disturbo dell'umore ha assunto carattere cronico, permanendo di lieve entità ed ancora influenzabile in modo positivo tramite delle adeguate cure specialistiche sia a livello psicoterapico che psicofarmacologico. Da considerare che il controllo dei livelli ematici dei farmaci prescritti sono risultati bassi (Pregabaline (Lyrica) 3 micromol/L (5-55), Duloxétina (Cymbalta) 42 nmol /L (60-240) - (v. pto 6 - pag. 9 della perizia psichiatrica del 07.06.2013).” (doc. VIII). Le conclusioni della perita possono essere fatte proprie da questa Corte. La ricorrente ha infine prodotto un nuovo rapporto datato 19 gennaio 2015 del Dr. _____, dello psicologo _____ e del medico assistente _____, in cui vengono censurate le osservazioni della Dr.ssa _____. Secondo i curanti, la perita non ha preso in considerazione il ricovero dell'assicurata presso il _____ di _____, dal 24 ottobre all'11 novembre 2014, l'installatore dello stimolatore epidurale e il ricovero presso la Clinica _____ di _____ dall'8 gennaio all'8 febbraio 2014. Inoltre la Dr.ssa _____ non avrebbe “ tenuto conto degli ultimi sviluppi che presentano un quadro ingravescente a partire dal dolore cronico, dal tono dell'umore deflesso, segno della sofferenza interiore anche a seguito dei vissuti traumatici della guerra ” (doc. G). Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 3 dicembre 2013 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). La certificazione del Dr. _____ del 19 gennaio 2015 (doc. G) prodotta dalla ricorrente in corso di causa, fa riferimento ad una situazione clinica dell'assicurata posteriore a più di un anno dalla decisione impugnata e dunque, non è rilevante nella presente procedura (vedi anche osservazioni del 5 febbraio 2015 dell'UAI, doc. XVI). Va comunque evidenziato che la Dr.ssa _____ nella perizia del 7 giugno 2013 ha menzionato nell'anamnesi che “ in data 24.11.2010 l'Assicurata viene sottoposta ad un intervento di posa di un elettrodo epidurale per test di neuromodulazione cordonale ed in seguito vista la buona copertura dei dolori, a posizionamento di uno stimolatore epidurale in data 14.01.2011 ” (doc. AI 66-35) (dispositivo utilizzato per il trattamento del dolore cronico: vedi www.olegginiterapiadeldolore.com). L'installazione dello stimolatore epidurale viene nuovamente menzionata dalla perita nei disturbi soggettivi quando indica che l'assicurata “ riesce inoltre a tollerare molto male la batteria che alimenta l'elttrodo epidurale inserita in sede inguinale-addominale ” (doc. AI 66-36). Anche nello scritto dell'11 dicembre 2014, indirizzato a questa Corte, la Dr.ssa _____ ha confermato che “ il quadro psicopatologico obiettivato nella valutazione peritale del 07.06.2013, è risultato sostanzialmente invariato, e sovrapponibile a quello rilevato nella precedente valutazione psichiatrica documentata nel 2008, avendo anche preso in considerazione la presenza di uno stimolatore epidurale effettuato nel 2011 ” (doc. VIII, pag. 2, la sottolineatura è del redattore) Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla Dr.ssa _____. Tuttavia, visti il rapporto del 19 gennaio 2015 del medico curante Dr. _____ e il ricovero dell'assicurata presso il _____ di _____, dal 24 ottobre all'11 novembre 2014 e dal 23 marzo 2015 (vedi scritto del 18 marzo 2015 dell'avv. RA 1, doc. XIX), il TCA ritiene opportuno trasmettere comunque all'amministrazione gli atti affinché proceda ad una revisione d'ufficio (cfr. art. 87 cpv. 2 OAI). 2.5.2. Per quanto

riguarda la patologia reumatologica l'assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale nel referto del 17 maggio 2013 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di " sindrome lombare con componente spondilogeno a destra e stato dopo possibile sindrome irritativa radicolare S1 a destra in assicurata con alterazioni osteocondrotiche significative al passaggio L5-S1. Possibili segni indiretti d'instabilità segmentale con presenza di una spondilosi con traction spurs di Mec Nabb al corpo vertebrale di L5 - stato dopo intervento chirurgico di discectomia L5-S1 in data 28.2.2008" (doc. AI 66-51). Il perito reumatologo ha quindi concluso che considerando " quanto asserito dall'assicurata sulla mancanza di miglioramento dei disturbi in questi ultimi anni e di una sintomatologia sostanzialmente invariata malgrado tutti gli interventi ai quali è stata sottoposta si potrebbe ritenere che le limitazioni funzionali non si siano modificate rispetto alla valutazione del collega reumatologo Dr. med. _____" (doc. AI 66-53). Egli ha comunque evidenziato, dal punto di vista radiologico, un peggioramento da ricondurre a una osteocondrosi progrediente a livello L5-S1. Egli ritiene dunque le limitazioni funzionali superiori alla precedente valutazione del Dr. _____, per quanto riguarda il tempo in cui l'assicurata può rimanere seduta o in piedi ferma e per i pesi che può alzare (doc. AI 66-53). Va rilevato che il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, nella valutazione del 6 marzo 2009, svolta nell'ambito della precedente perizia SAM del 14 aprile 2009 (doc. AI 26-1) aveva diagnosticato una " Sindrome lombospondilogeno cronica; - radicolopatia algica residua S1 a destra senza deficit neurologici dopo microdiscectomia L5/S1 il 28.2.2007 per ernia discale ". L'assicurata è stata quindi ritenuta abile a tempo pieno, con una riduzione del 30%, quale opera non qualificata, mentre in un'attività adeguata la riduzione era del 15-20% (doc. AI 26-30+31). Secondo il Dr. _____ invece l'assicurata è inabile al lavoro al 40% nell'ultima attività lavorativa svolta (riduzione del rendimento), mentre in attività adeguate rispettosa delle limitazioni funzionali indicate l'inabilità è del 20% (riduzione del rendimento) (doc. AI 66-53+54). Il TCA non ha motivi per distanziarsi da questa valutazione peritale, neppure alla luce delle certificazioni del Dr. _____ e del Dr. _____. Nel rapporto del 21 ottobre 2013 il Dr. _____, spec. FMH in fisioterapia e riabilitazione e primario della Clinica di _____ di _____, ha posto la diagnosi di " Lombalgia cronica in esiti d'intervento neurochirurgico di discectomia L5/S1, diverse infiltrazioni periradicolari e posizionamento stimolatore epidurale ". Questa diagnosi non si discosta da quella del perito Dr. _____ (doc. AI 72-5, 66-51). Il Dr. _____ ha quindi oggettivato un quadro clinico assolutamente sovrapponibile a quello dell'ultimo controllo (vedi referti dell'8 maggio 2012 e del 25 luglio 2012, doc. AI 46-6, 46-3). Vista l'importante sintomatologia algica e la grave limitazione funzionale, secondo il medico è da ritenere improbabile un'esigibilità lavorativa all'80% (doc. AI 72-6). La valutazione del medico curante, seppur divergente unicamente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico del SAM e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell'interessata ha sulla sua capacità di lavoro. Da parte sua, il Dr. _____, spec. FMH in anesthesiologia e vice primario del Centro per la terapia del dolore dell'_____, nello scritto del 21 ottobre 2013, dopo aver ricordato che la paziente soffre di una lombosciatalgia cronica in S1, ha riferito di aver richiesto una nuova RMI lombare, visto l'aggravamento dei dolori lombosacrali e all'arto inferiore destro lamentati dalla paziente. L'esame radiologico non ha tuttavia " dimostrato alcuna variazione o aggravamento rispetto all'ultima eseguita " (doc. AI 72-7). Su tali refertazioni

ha poi preso posizione il medico del SMR, Dr. _____ che nelle annotazioni del

E. 5

novembre 2013 ha confermato una situazione clinica invariata e la conferma della valutazione SAM (doc. AI 75-1). Per quanto riguarda il ricovero dell'assicurata presso la Clinica _____ di _____ dall'8 gennaio all'8 febbraio 2014 (un mese dopo la decisione impugnata), il Dr. _____ nel rapporto d'uscita del 17 febbraio 2014 ha posto la diagnosi di “ 1.Lombalgia cronica con dolore neuropatico con/su: esiti d'intervento neurochirurgico di discectomia L5/S1 (28.02.2008, OCL), impianto di un elettrodo per la stimolazione midollare test in S1 destra (24.11.2010); - diverse infiltrazioni periradicolari e posizionamento stimolatore epidurale ” (doc. H2). La diagnosi è sovrapponibile a quella del rapporto del 21 ottobre 2013. La paziente all'ammissione lamentava un dolore lombare continuo a destra specialmente da seduta con irradiazione all'arto inferiore omolaterale fino al piede, rigidità al rachide in zona panvertebrale con ridotta mobilizzazione poliarticolare e debolezza algica al piede destro (doc. H2, pag.2). Dopo la degenza ha migliorato la mobilità e le performances fisiche, pur descrivendo ancora dolori di varia natura (cfr. doc. AI H2, pag. 3-4). Nelle annotazioni del 31 marzo 2015 il medico del SMR, Dr. _____, non ha rilevato una modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione SAM (doc. XXI2).

2.5.3. Per quanto riguarda la patologia neurologica l'assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel referto del 7 maggio 2013 non ha posto alcuna diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa. A suo parere non vi è una diminuzione della capacità lavorativa dal profilo neurologico (doc. AI 66-58). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni del Dr. _____.

2.5.4. Globalmente i periti del SAM hanno concluso che le conseguenze sulla capacità lavorativa dell'assicurata si manifestano in ambito reumatologico e psichiatrico. A proposito della valutazione globale delle patologie, va 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, questo Tribunale 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. In una sentenza 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 il Tribunale federale ha annullato il giudizio di questa Corte che aveva stabilito direttamente l'entità del cumulo delle percentuali di inabilità lavorativa negli ambiti neurologico e reumatologico e fissato al 40% il tasso d'incapacità lavorativa globale. Secondo l'Alta Corte, il TCA poteva senza arbitrio dubitare dell'attendibilità della valutazione del SAM sul grado complessivo di incapacità lavorativa, ma non poteva fissare autonomamente, in mancanza di dati medico-specialistici al riguardo, l'entità del cumulo, essendo questa una questione di ordine squisitamente medico. La questione è stata affrontata e risolta dal Presidente del TCA in udienza, nel corso della quale il perito neurologo e quello reumatologo, dopo discussione, hanno nuovamente ribadito i motivi per cui ritengono che i due gradi di inabilità siano, seppure in misura estremamente ridotta, cumulabili ed hanno concluso che da un profilo medico questa cumulabilità sia ragionevolmente fissabile tra il 5 e il 10%. Le parti sono quindi giunte ad una soluzione transattiva della vertenza (cfr. decreto di stralcio, inc. 32.2014.116). In una sentenza 32.2014.112 del 24 novembre 2014, il TCA, ha già avuto modo di considerare corretta una discussione plenaria eseguita dai periti del SAM per il tramite di teleconferenza. 2.5.5. In concreto, dal punto di vista psichiatrico il quadro è stazionario rispetto alla precedente perizia SAM del 2009 con una cronicizzazione del quadro psicopatologico sfociato in una sindrome affettiva persistente di tipo distimico (doc. AI 66-26). Anche dal punto di vista reumatologico il decorso della sintomatologia è sostanzialmente invariato. Dagli esami radiologici è comunque presente un certo peggioramento da ricondurre ad un'ostecondrosi progrediente a livello L5-S1 con un aumento delle limitazioni funzionali e di carico (doc. AI 66-27). Secondo i periti le limitazioni in ambito psichiatrico e reumatologico non vanno sommate, bensì integrate "in quanto entrambe, in gran parte, prendono in considerazione la riduzione del rendimento sul lavoro e pertanto si sovrappongono" (doc. AI 66-27). I medici del SAM hanno quindi ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 60% nell'attività da ultimo svolta di operaia non qualificata, mentre in un'attività lavorativa adeguata la capacità lavorativa è dell'80% (riduzione del rendimento) dal mese di luglio 2010. Preso atto della discussione fra gli esperti avvenuta per via di circolazione (vedi la conferma sulle diagnosi e conclusioni della perizia da parte del Dr. _____ il 24 giugno 2013, del Dr. _____ il 21 giugno 2013 e della Dr.ssa _____, cfr. doc. AI 66-30/31/32), il TCA non ha motivi per non ritenere che l'incapacità lavorativa del 20% tiene conto sia della diminuzione del rendimento a livello psichiatrico, sia a livello reumatologico. 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 abile al lavoro nella misura del 60% nell'attività da ultimo svolta di operaia non qualificata, mentre in un'attività lavorativa adeguata la capacità lavorativa è dell'80%, dal mese di luglio 2010.

2.6. 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.

2.6.1. Per quel che concerne il reddito da valido, l'UAI ha quantificato il reddito che l'assicurata avrebbe potuto percepire da sana in fr. 35'235.-- nel 2008 (cfr. tabella doc. AI 70-2), sulla base delle indicazioni del datore di lavoro (vedi la decisione del 4 maggio 2010, cresciuta incontestata in giudicato, doc. AI 18-1 e allegati e doc. AI 36-1). Questo dato aggiornato al 2011 è pari a fr. 36'623.-- (cfr. tabella UAI, doc. AI 70-2). L'importo del reddito da valido non è stato contestato dalla ricorrente (cfr. doc. I, XII) e può essere ammesso dal TCA.

2.6.2. 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. 53'367.11 per l'intero anno (fr. 4'447.25 x 12). L'amministrazione, nella decisione impugnata, non ha tenuto conto del gap salariale (cfr doc. AI 70-3, 76-1). Già nella precedente decisione del 4 maggio 2010, cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 36-1), l'Ufficio AI non aveva applicato il gap salariale: " Gap Salariale: Pur essendo presente un gap salariale del 31,59% rispetto alla

categoria 27: Prod. e fabbric. di prodotti in metallo, non è possibile considerarlo nel calcolo del grado d'invalidità in quanto anche rispetto ai valori ticinesi siamo in presenza di un importante gap (12.62%). Questo dato permette di affermare che il salario percepito dall'assicurata non era in linea con quelli normalmente versati nel cantone per cui ella avrebbe potuto ambire ad un posto di lavoro maggiormente remunerato. In pratica si può ritenere che si sia "accontentata" di questo salario per cui non è possibile applicare il gap salariale." (doc. AI 31-4) L'insorgente non ha sollevato contestazioni su tale procedere (cfr. doc. I), che può dunque essere ammesso dal TCA. 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 20%, il reddito statistico va ridotto del 20% e ammonta a fr. 42'693.68 (fr. 53'367.11 ridotti del 20%). 2.7. 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 costituisse 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.

E. 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. 2.7.), il TCA non può quindi condividere la scelta dell'Ufficio AI di applicare una riduzione del 9%, ma ritiene corretta una riduzione del 10%. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 42'693.68 e ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 38'424.31 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 36'623.-- (consid. 2.6.1.) non emerge alcun grado d'invalidità. La decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 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.-- sono poste a carico dell'assicurata ricorrente.

E. 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." 2.8. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione complessiva del 9% per "attività leggere" (cfr. doc. AI 70-5). 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.

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