

## **TI\_GERICHTE 32.2014.136 vom 28. August 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-08-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.136)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.136 du 28 août 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.136 del 28 agosto 2014

### **Regeste**

Seconda domanda di prestazioni dopo primo rifiuto. Respinta nuovamente la domanda in difetto di un grado di invalidità sufficiente. L'assicurata fa valere anche la violazione del diritto di essere sentita per mancata messa a disposizione della documentazione medica. Ricorso respinto

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Cost. non implica il diritto di esprimersi oralmente bensì quello di prendere posizione per iscritto (Pratique VSI 2003 Nr. 97 p. 520; STFA 13 novembre 2002 [4P.195/2002]; Pratique VSI 1993 p. 42; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 450; DTF 127 V 494, 125 I 219, 122 II 469), eccezion fatta per i casi in cui una norma scritta prevede espressamente il diritto ad una audizione orale (Pra 2003 Nr. 97 p. 520). Secondo l'art. 42 LPGA le parti hanno diritto di essere sentite e le stesse non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 374 consid. 6). L'Alta Corte federale ha stabilito che una parte è tenuta a formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti. Ciò presuppone che gli interessati vengano informati se nuovi atti decisivi, che essi non conoscono e nemmeno possono conoscere, sono versati agli atti (DTF 132 V 391 consid. 6.2). Nel caso in esame, successivamente alla resa della perizia SAM del 15 aprile 2014, l'amministrazione, sentito il medico SMR e interpellata l'assicurata (tramite il suo rappresentante) e il suo ex datore di lavoro in merito a questioni professionali (doc. AI 81-87), con il progetto di decisione del 17 giugno 2014, riferendosi espressamente alle conclusioni del medico SMR e della perizia SAM, ha paventato il rifiuto delle prestazioni in assenza di un grado di invalidità rilevante (doc. AI 88). Malgrado il termine di 30 giorni (peraltro prolungato dalle ferie giudiziarie dal 15 luglio al 15 agosto) per inoltrare eventuali osservazioni al progetto di decisione, né l'assicurata né il suo patrocinatore hanno fatto pervenire una presa di posizione all'amministrazione, la quale, quindi, mediante la decisione contestata del 28 agosto 2014, ha confermato il progetto e, quindi, il diniego delle prestazioni (doc. AI 88, 89). Solo con scritto 6 settembre 2014 il rappresentante dell'assicurata ha chiesto l'invio " del dischetto contenente il carteggio integrale della mia patrocinata " (doc. AI 91). A tale richiesta l'amministrazione non ha dato seguito, circostanza questa ammessa in sede di risposta dall'Ufficio AI, il quale rileva che l'incarto non è stato trasmesso "per errore", " probabilmente perché il destinatario della missiva, sig. Cosimo Lupi, ha nel frattempo terminato la sua attività lavorativa presso l'UAI" (doc. IV). L'Ufficio AI ha in questa sede comunque provveduto a produrre tutto l'incarto concernente l'assicurata. Ora, la questione a sapere se l'assicurata è stata lesa nel

suo diritto di essere sentita può restare aperta. Va in effetti evidenziato, come indicato dall'amministrazione nella risposta di causa, che la documentazione medica facente parte dell'incarto dell'interessata, incluso il referto peritale SAM e il rapporto SMR, avrebbe potuto essere ottenuta dal patrocinatore tramite una richiesta già dopo l'emanazione del progetto di decisione. Non risulta per contro che l'assicurata o un suo rappresentante abbia richiesto di poter ricevere in copia o di consultare i referti medici in sede di osservazioni al progetto di decisione, sul quale in ogni modo non ha ritenuto di doversi esprimere. L'amministrazione ha inoltre con pertinenza rilevato che il patrocinatore dell'assicurata, constatando il mancato riscontro da parte dell'amministrazione della richiesta di invio atti formulata successivamente alla resa del provvedimento contestato con lettera 6 settembre 2014 (doc. 91-1), avrebbe potuto, entro la scadenza del termine di ricorso, sollecitare nuovamente l'invio dell'incarto invece di passivamente attendere il trascorrere del termine per ricorrere. Ma a prescindere da queste considerazioni, va detto che i referti medici in discussione, inclusa la perizia SAM e il rapporto SMR, fanno parte dell'incarto AI prodotto dall'amministrazione unitamente alla risposta di causa (che il TCA non ha ragioni per non ritenere completo) e visionabile in ogni momento dall'interessata presso la cancelleria di questo Tribunale. In concreto quindi, visto che il legale dell'assicurata avrebbe potuto visionare la perizia SAM e il rapporto SMR - fondamento della decisione impugnata - e l'integralità degli atti medici nell'ambito della presente procedura innanzi al TCA, con la possibilità di esprimersi in merito e fare valere le sue ragioni innanzi un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, come l'istanza precedente, occorre concludere che, in ogni caso, anche un eventuale violazione del diritto di essere sentito è stata sanata in questa sede, dove l'insorgente ha nuovamente ribadito le sue motivazioni (sulla sanatoria della violazione del diritto di essere sentito da parte dell'istanza di ricorso avente pieno potere cognitivo cfr., ad esempio, DTF 133 I 201 consid. 2.2, 132 V 387, consid. 5, p. 390; 127 V 431; STF 8C\_100/2014 del 28 aprile 2014 consid. 5; 9C\_961/2009 del 17 gennaio 2011; 2C\_471/2009 del 23 luglio 2010; cfr. anche STCA 32.2013.49 del 21 novembre 2013, 32.2013.164 del 3 giugno 2014; 32.2011.121 dell'11 ottobre 2012). Giova altresì precisare che anche nel caso di una grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se - come in concreto - una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387, consid. 5.1 p. 390 con riferimenti; STF 9C\_744/2012 del 15 gennaio 2013, consid. 6.1; 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3; 9C\_961/2009 del 17 gennaio 2011). Il TCA deve pertanto entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.3. 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 dan-no 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 ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46 ). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) .

#### **E. 2.4**

Infine, quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v.

sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.5. Nel caso in esame, una prima domanda di prestazioni presentata dall'assicurata nel luglio 2009 era stata respinta dall'amministrazione mediante decisione del 27 ottobre 2010, considerato come a fronte di un'inabilità lavorativa quale cameriera ai piani del 100% dal 30 gennaio al 18 dicembre 2009 e del 50% in seguito, dal dicembre 2009 andava ammessa una capacità lavorativa completa in un'attività leggera adeguata ai limiti funzionali elencati dal perito con una conseguente assenza di perdita di guadagno (doc. AI 49). L'Ufficio AI si era allora basato sulla documentazione medica agli atti e in particolare sulla valutazione peritale del 21 dicembre 2009 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, per il quale l'assicurata era affetta da " Tendenza fibromialgica, decondizionamento e sbilancio muscolare, alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare, disturbi statici del rachide (cifoscoliosi della dorsale con protrazione del capo, gonalgie bilaterali (in gonartrosi bicompartimentale a sinistra, esiti da meniscectomia mediale parziale a sinistra) oltre che probabile gonartrosi a destra, genua valga e obesità". Chiamato ad esprimersi sulla capacità lavorativa, il perito aveva giudicato che l'assicurata, in un lavoro adatto allo stato di salute, segnatamente un'attività leggera tenente conto della capacità funzionale e di carico residua, era da considerare abile al lavoro nella misura del 100% con un rendimento completo, dal 19 dicembre 2009 (doc. AI 22). La decisione è stata confermata dal TCA mediante pronuncia del 23 maggio 2011 (STCA 32.2010.334). Ricevuta la nuova domanda di prestazioni nel giugno 2013, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia multidisciplinare a cura del SAM. Dal referto del 15 aprile 2014 (doc. AI 78) risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche di natura psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), e endocrinologica (dr. \_\_\_\_\_) e posto le seguenti diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Alterazioni degenerative al rachide cervicale (note incipiente osteocondrosi C4-05), dorsale (ernia discale centrale TH11-TH12) e lombare (discopatia L4-L5 e L5-S1). Gonartrosi tricompartimentale bilaterale: esiti da meniscectomia mediale parziale a sinistra il 5.3.2009; genua valga; obesità con BMI 42 kg/m2. Sindrome somatoforme del dolore persistente. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome fibromialgica generalizzata. Decondizionamento e sbilancio muscolare. Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo). Ipotireosi nota e sostituita dal.2010, nel contesto di una tiroidite di Hashimoto.

Piccolo gozzo diffuso bilaterale asintomatico noto dal marzo 2010. Diabete di tipo 2 noto dal 2009, ben controllato (HbA1c 6,6%) senza farmacoterapia. Nota ipertensione arteriosa in trattamento. Nota anemia ferripriva. In merito alla capacità lavorativa, ritenute le limitazioni derivanti dalle citate patologie reumatologiche e psichiatriche, il SAM ha rilevato che rispetto all'ultima valutazione peritale del dicembre 2009 l'assicurata presentava un quadro algico un po' più diffuso. In sostanza, le patologie diagnosticate comportavano delle limitazioni per quanto riguardava il sollevamento e trasporto di pesi fino all'altezza dei fianchi, il sollevamento di pesi sopra l'altezza del petto, il maneggiare attrezzi, l'effettuare lavori al di sopra della testa, la rotazione del tronco, l'assunzione di certe posizioni e la deambulazione nonché, con riferimento alle diagnosi psichiatriche, diminuzione della resistenza, della tenuta, del rendimento e della caricabilità. Nella sua ultima attività principale come cameriera ai piani, l'assicurata andava quindi ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 60% dal 26 giugno 2013, allorché si era riannunciata all'assicurazione invalidità. Per quanto riguardava invece un'attività leggera compatibile con le limitazioni funzionali e di carico poste dal perito reumatologo (l'assicurata potendo molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, molto spesso tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 10-15 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi oltrepassanti 15 kg fino all'altezza dei fianchi; molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto, molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, di rado maneggiare attrezzi molto pesanti, talvolta effettuare lavori al di sopra della testa e la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, di rado assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, non può mai assumere la posizione accovacciata, assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, molto spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, talvolta salire le scale, di rado salire su scale a pioli), l'assicurata andava considerata, dal punto di vista reumatologico, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, con un rendimento massimo del 100%. Tenendo tuttavia in considerazione che il perito psichiatra aveva valutato una capacità lavorativa nella misura del 90% in qualunque attività lucrativa a partire dal 2012, il SAM ha concluso che in un'attività confacente allo stato di salute, tenente in considerazione le limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa globale era da considerare nella misura del 90% a partire dal 2012 (doc. AI 78) Con rapporto finale 22 aprile 2014 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha avallato la perizia multidisciplinare, evidenziando in particolare che la valutazione della capacità lavorativa dal lato psichiatrico non aumentava la percentuale inabilitante dal profilo somatico, dato che le patologie che causavano una limitazione della capacità lavorativa si riferivano sempre allo stesso sintomo, ossia al dolore cronico. La capacità lavorativa era quindi da ritenere, dal 2012, limitata nella misura del 60% come cameriera ai piani, ma solo del 10% in attività leggere e adeguate (doc. AI 80). Sulla base di questi atti medici e dopo aver eseguito accertamenti di tipo professionale (doc. AI 81-86) e il confronto dei redditi, l'amministrazione ha concluso, mediante il progetto del 17 giugno 2014 e poi la decisione del 28 agosto 2014, che a fronte di un'incapacità lavorativa del 60% nella precedente attività lavorativa e del 10% in attività leggere adeguate, ne discendeva un grado di invalidità del 6% (doc. AI 89). 2.6. In sede di ricorso l'assicurata non ha prodotto

nessuna nuova certificazione né ha formulato chiare critiche alle valutazioni mediche operate dal SAM e dal medico SMR (le quali hanno peraltro correttamente tenuto conto degli atti medici che l'interessata aveva fatto pervenire nel corso della procedura amministrativa), tralasciando anche di esaminare l'intero incarto AI prodotto con la risposta di causa. Questo Tribunale, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, non ha motivo per non far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti SAM nel rapporto del 15 aprile 2014, i quali, resa una perizia da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza sopra ricordati (cfr. consid. 2.4), hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla sua capacità lavorativa del 40% dal giugno 2013 quale cameriera ai piani (attività da ultimo svolta) e del 90% in altre attività adeguate alle limitazioni funzionali e di carico poste a livello reumatologico. In particolare, rispetto alle precedenti valutazioni e in particolare alla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del 21 dicembre 2009, i periti hanno ravvisato un leggero, poco rilevante peggioramento delle sue condizioni, dal punto di vista delle ripercussioni delle patologie reumatologiche e in relazione all'aspetto psichiatrico, ora l'interessata riuscendo meno a sopportare la sintomatologia dolorosa e funzionale a carico dell'apparato locomotore, anche a causa della sospensione della cura farmacologica antidepressiva. Come detto, questa dettagliata ed approfondita valutazione del SAM non è stata validamente smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una convincente diversa valenza delle patologie diagnosticate o l'intervento di un peggioramento duraturo e rilevante subentrato dopo la perizia del 15 aprile 2014 e entro la data rilevante della decisione contestata (la quale delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 75/05 del 23 giugno 2005; C 43/00 del 30 settembre 2002). A ragione quindi l'Ufficio AI, sulla base della perizia SAM e del parere del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. le STFA 9C-9/2010 e I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.4), e richiamato altresì 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, pp. 57, 551 e 572) - segnatamente anche con riferimento alla raccomandazione formulata dal dr. \_\_\_\_\_ di riprendere la somministrazione della fluoxetina e dal dr. \_\_\_\_\_ di correggere il sovrappeso corporeo (doc. AI 78-37 e 70-48) - ha ritenuto che successivamente al giugno 2013 sia subentrato un lieve peggioramento, ma che comunque la ricorrente sia da considerare abile nella sua attività di cameriera ai piani nella misura del 40% e in un'attività leggera adeguata, ossia rispettosa dei limiti funzionali elencati dalla perizia, nella misura del 90%. All'assicurata va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). D'altra parte, questo Tribunale ritiene che la

refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti ( valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti ). Già si è detto che la ricorrente non ha prodotto documentazione medica o fornito elementi che consentano in qualche modo a questa Corte di considerare inattendibili le conclusioni tratte dal SAM e dal SMR. Il presente giudizio non pregiudica tuttavia eventuali diritti della ricorrente nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data del provvedimento in lite, l'interessata ha sempre la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, adducendo e comprovando una rilevante modifica della situazione valetudinaria. Pertanto, visto quanto sopra, 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), che la ricorrente sia da considerare abile nella sua attività di cameriera ai piani nella misura del 40% (50% dal dicembre 2009 al 25 giugno 2013) e in un'attività leggera adeguata, ossia rispettosa dei limiti funzionali elencati dalla perizia, nella misura del 90%.

### **E. 2.7**

Riguardo alla determinazione del grado d'invalidità, aspetto pure che è rimasto incontestato, l'Ufficio AI ha rettamete quantificato il salario da valida computando il reddito che l'assicurata avrebbe percepito dal suo ultimo datore di lavoro, la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, lavorando nel 2012, pari a fr. 44'200.-- (doc. 85, 86, 89) . In merito al calcolo del reddito ipotetico da invalida, conformemente alla giurisprudenza e come si evince dalla decisione contestata, l'amministrazione l'ha stabilito computando il reddito statistico conseguibile nel 2012 in un'attività semplice e ripetitiva, e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori, utilizzando i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (anno 2010) elaborata dall'Ufficio federale di statistica, (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.) pari a f r. 4'300.95.- (categoria 4.2: attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41.7 ore esso ammonta a Fr. 53'804.91.- per l'intero anno. L'Ufficio AI ha poi considerato la capacità lavorativa del 90% e, tenuto conto di una riduzione del reddito per circostanze personali (segnatamente per la necessità di effettuare lavori leggeri) del 4% e del 10% per svantaggi salariali derivati da contingenze particolari, determinato un reddito da invalida di fr. 41'645.- (d oc. 86). In relazione alla riduzione operata sul reddito statistico, d eve essere osservato che la giurisprudenza di questo Tribunale (cfr. STCA del 31 gennaio 2013, 32.2012.36, confermata dal TF mediante pronuncia del 26 agosto 2013, 9C-179/2013; cfr. anche STCA 32.2012.265 del 11 giugno 2013) ha osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale. In concreto dunque, ritenuto che l'Ufficio AI ha considerato un fattore di riduzione (attività leggera) nella misura del 4%, per quanto esposto la riduzione dovrebbe ammontare al 5% con una conseguente riduzione globale del 15% e, quindi, considerata anche la riduzione del 10% per la ridotta capacità lavorativa, il reddito da invalida può essere quantificato in fr. 41'160.75.--. Dal raffronto tra il reddito da valida di fr. 44'200.-- ed il reddito da invalida di fr. 41'160.-- risulta un tasso d'invalidità non pensionabile del 7%  $(44'200 - 41'160) \times 100 :$

44 '200 ), e, quindi, inferiore al grado minimo pensionabile del 40%, motivo per cui la decisione di diniego di prestazioni è corretta e va confermata, mentre che il ricorso deve essere respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al TCA è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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