

TI_GERICHTE 32.2016.28 vom 28. Januar 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-01-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.28

FR: TI_GERICHTE 32.2016.28 du 28 janvier 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.28 del 28 gennaio 2016

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). 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 il principio giusta il quale, 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), precisando nel contempo che 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). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, 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). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). 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 Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale 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). Infine va ricordato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (cfr. in questo senso anche la STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se 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)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). 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). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...)

E. 4.2

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von

Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. 2.4. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di valutare lo stato di salute dell'interessata, ha affidato, da ultimo, il compito di esperire una perizia psichiatrica al Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS), affidata, nell'aprile 2015, alla dr.ssa _____ (doc. 174). Nel referto peritale del 20 maggio 2015 redatto su incarico del CPAS, la dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatrica e psicoterapia, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "sindrome da disadattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta (F43.25) e sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4) in disturbo di personalità misto con tratti istrionici, dipendenti, impulsivi (F61.0)", escludendo per contro la presenza di diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. 174 pag. 6). Passando, poi, alla valutazione e alla prognosi, la dr.ssa _____ ha spiegato che dopo avere beneficiato di una rendita di invalidità per motivi reumatologici, poi soppressa a seguito della ristabilita piena abilità lavorativa dal profilo somatico, l'assicurata ha sviluppato negli anni una sintomatologia psichica valutata dalla dr.ssa _____, nel 2007, quale disturbo somatoforme da dolore persistente, disturbo dell'adattamento e reazione mista ansioso-depressiva in remissione, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa; dal dr. _____, nel 2012, quale reazione depressiva per problemi correlati a circostanze economiche e nel contesto di una condizione medica generale, presente dal 2006, comportante una IL del 30% e, infine, dalla dr.ssa _____ nel 2014, quale disturbo di personalità misto, tratti dipendenti, istrionici ed emotivamente instabili, una sindrome di somatizzazione, una sindrome mista, ansiosodepressiva e conflitti con il coniuge, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. La dr.ssa _____ ha rilevato come diversa sia la valutazione della condizione psichica dell'assicurata posta invece dalla psichiatra curante, dr.ssa _____, la quale "nei suoi molteplici rapporti all'UAI segnala una condizione clinica severa con IL totale dovuta a una sindrome depressiva ricorrente in disturbo di personalità misto, tratti dipendenti ed emotivamente instabile, inadeguato supporto familiare e, dopo l'aggressione subita nel luglio 2014 da parte di un cane, la curante sostiene (dicembre 2014) sia presente anche una reazione da stress". A tale riguardo, la dr.ssa _____ ha evidenziato che "alla valutazione testistica (MMPI e TAT, gennaio 2014) è emerso che le somatizzazioni dell'ansia ed anche i problemi somatici sono mantenuti oltre misura dalla presenza di vantaggi secondari". Alla luce della documentazione medica agli

atti e della valutazione clinica diretta, la dr.ssa _____ ha concluso di concordare “sul ritenere il disturbo affettivo non inquadrabile come una sindrome ricorrente endogena, quanto piuttosto una sindrome di disadattamento” e “concordo sulle precedenti valutazioni rispetto al disturbo personologico. Non ritengo siano attualmente soddisfatti i criteri per il disturbo da stress post-traumatico né per porre diagnosi di disturbo da somatizzazione. Ad oggi le lamentele somatiche sono riferite ai distretti articolari e all'apparato gastrointestinale, poggiano su un reperto clinico oggettivabile, sebbene poi il vissuto della paziente sia amplificato, per una propria sensibilità con scarsa tolleranza del dolore e risorse personali ed anche perché sostenute dal vantaggio secondario di porsi in una condizione regressiva di malata bisognosa, non tanto, o non solo per il possibile ritorno economico, ma anche nel contesto familiare-sociale. (...) Propendo quindi piuttosto per un disturbo somatoforme, che risponde ai criteri di Foerster, tenuto conto della co-morbidity reumatologica (attualmente in cura con salazoprina), il disturbo personologico, il fatto che le cure sono in corso da anni senza efficacia ed il ritiro sociale”. Visti i disturbi presentati, la dr.ssa _____ ha quindi concluso che l'assicurata è da considerare inabile al lavoro nella misura del 40% sia nella precedente attività, che in altre adeguate di tipo semplice, manuale e leggero, da intendere quale riduzione del tempo e del rendimento, “a partire almeno dal penultimo ricovero in _____ nel giugno 2014”, con una prognosi incerta (doc. 174 pag. 7). L'assicurata ha contestato le conclusioni alle quali è giunta la specialista incaricata dal CPAS, ritenendo invece di essere inabile al lavoro nella misura del 70%-80%, come valutato dalla propria psichiatra curante, dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 194). Quest'ultima, nel referto del 19 novembre 2015, poste le diagnosi di “1. Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di tipo medio (F33.1); 2. Disturbo di personalità di tipo misto (ICD10-F61.0: tratti dipendenti ed emotivamente instabili); 3. Pregresso disturbo post-traumatico da stress, ora in remissione non completa (vittima di aggressione da parte di un cane nell'estate 2014) (F43.1)”, ha sollevato una serie di obiezioni puntuali riguardo alla valutazione peritale della dr.ssa _____, concludendo per un'abilità lavorativa dell'interessata, dal solo profilo psichiatrico, nel migliore dei casi, del 20%-30% (cfr. doc. B). Chiamata ad esprimersi in merito alle minuziose critiche espresse dalla dr.ssa _____, la dr.ssa _____, con complemento peritale del 14 gennaio 2016, ha risposto in maniera rigorosa, punto per punto, alle obiezioni della psichiatra curante dell'interessata, rilevando, in particolare, quanto segue: “ (...) Punto 1 e punto 4: diagnosi La diagnosi da me posta è di sindrome da disadattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta e sindrome da dolore persistente in disturbo di personalità misto con tratti istrionici, dipendenti ed impulsivi. Ritengo infatti che i disturbi della sfera ansioso-depressiva palesati dall'assicurata non siano da ricondurre ad una forma endogena di depressione (quella che comunemente tra clinici si suole indicare con la sindrome ricorrente), ma siano reattivi alla patologia somatica reumatologica ed alle difficoltà socioeconomiche dovute alla perdita del diritto alla rendita successiva alla risoluzione del disturbo reumatologico (eventi stressanti scatenanti). La cronicizzazione del quadro clinico ed i ripetuti accessi ospedalieri sono dovuti sia al soggiacente disturbo personologico sia soprattutto ai fattori socio-economici che però non devono essere presi in considerazione in ambito di valutazione del diritto ad una rendita. L'intento non è dunque di sminuire ma di valutare secondo i criteri e le linee guida poste dalle Istituzioni competenti. Già nel maggio 2007 in una prima valutazione del medico SMR Dr.ssa _____ poneva diagnosi di disturbo somatoforme da dolore persistente e disturbo dell'adattamento reazione mista ansioso depressiva in remissione. In una seconda valutazione peritale nel 2012 (Dr.

_____) pone diagnosi di reazione depressiva per problemi correlati a circostanze economiche e nel contesto di una condizione medica generale mentre nel giugno 2014 la perita Dr.ssa _____ poneva come diagnosi, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, un disturbo di personalità misto, una sindrome di somatizzazione, una sindrome mista ansioso depressiva e conflitti con il coniuge. La curante stessa del resto nelle sue osservazioni (pag.5 punto 4) parla di una condizione subdepressiva e di una sindrome affettiva persistente, non compatibili con la diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Tutti i diversi periti costatano una tendenza alla teatralizzazione dei disturbi (vedasi in particolare le costatazioni obiettive nella valutazione peritale della Dr.ssa _____ in cui è segnalata la discrepanza tra l'incedere spedito ed autonomo dell'assicurata vista dalla finestra del suo studio dalla perita e poi l'incedere lento, con la stampella, quando l'a. entra nello studio della stessa). Relativamente alla durata della perizia non si può dire che è durata solo 90 minuti. Quello è il tempo dei colloqui, con un'assicurata che, come segnalato nelle osservazioni oggettive, s'è mostrata poco incline al contatto relazionale (verbalizzando più volte la richiesta di interrompere l'incontro perché provata da problemi fisici) e che, come sopra detto, tende ad accentuare i propri disturbi. La perizia si compone anche dalla lettura approfondita della documentazione agli atti (646 pagine a cui si deve aggiungere la documentazione nuova da me raccolta), dalle informazioni tratte dalle telefonate (alla psichiatra curante, al medico curante Dr. _____, al medico assistente di riferimento durante il ricovero in CPC). Punto 2: disturbo post-traumatico da stress In occasione della valutazione peritale in base al quadro clinico osservato ed alle informazioni raccolte dal Dr. _____ (l'a. era degente in _____ in occasione del primo colloquio con la scrivente, cioè proprio nella Clinica dove, in un precedente ricovero l'evento traumatico dell'aggressione da parte di un cane è avvenuto) non erano presenti i criteri diagnostici per porre tale diagnosi, come discusso anche telefonicamente con la curante (13.04.2015) che si era allora detta concorde. Punto 3: anamnesi Non mi dilungherò sull'anamnesi non significa che questa non sia stata raccolta e presa in debita considerazione, ma che non viene trascritta pedissequamente dato che già presente agli atti, sia nei numerosi scritti della curante che nella precedente valutazione peritale del giugno 2014 della psichiatra Dr.ssa _____. Le informazioni da me raccolte non discostavano infatti da quelle già presenti agli atti per cui ho trascritto in perizia solo l'aggiornamento anamnestic integrativo. Il numero di accessi ospedalieri infine non necessariamente ha un influsso sulla CL se non per una perdita di continuità lavorativa, che viene appunto tenuta in considerazione nello stimare l'attuale CL. Punto 5: organizzazione stato limite, intelligenza al limite, prognosi L'organizzazione stato limite e l'intelligenza al limite inferiore della norma erano presenti già prima della comparsa dei sintomi ansioso-depressivi e non hanno compromesso la capacità lavorativa dell'a. che prima della problematica reumatologica ha regolarmente svolto l'attività lucrativa abituale e quella casalinga al 100%. Punto 6: progetto di cura La presa a carico multidisciplinare da parte di un SPS e di un centro diurno non è stata proposta in virtù della severità del quadro clinico ma del disturbo personologico soggiacente che ritengo benefici di un'un'equipe curante piuttosto che di una sola figura di riferimento per ridurre anziché favorire la tendenza regressiva e il bisogno di contenimento che si accentua quando l'a. rimane a casa, da sola o con il marito. Ciò mi sembra confermato anche dai dati raccolti dal medico curante in _____ che descrive una paziente adeguata autonoma ed attiva in reparto. Tale misura terapeutica veniva proposta dunque come tentativo per ridurre le ospedalizzazioni. Questa motivazione era stata spiegata alla psichiatra curante nel corso della telefonata da me fatta ed ella si era allora detta concorde. Punto 7: terapia

farmacologica Ritengo che la terapia psichiatrica come riportata nelle osservazioni della curante (Zoloft 50mg/die al mattino; Orfiril long 500mg 1/die a cena; Lyrica 75mg 1 al mattino ed 1 la sera e Stilnox 10mg 1/die la sera) sia compatibile con un'attività lavorativa. Conclusioni Confermo la mia precedente valutazione sia dal punto di vista diagnostico, prognostico che delle ripercussioni sulla CL.” (Doc. 197) 2.5. In sede ricorsuale l'assicurata ha nuovamente contestato le conclusioni peritali alle quali è giunta la dr.ssa _____, basandosi sempre su quanto attestato dalla dr.ssa _____ nel referto del 19 novembre 2015 (doc. B). Nella risposta di causa, l'Ufficio AI ha osservato che “l'assicurata ha manifestato un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall'amministrazione, senza tuttavia produrre – in sede di ricorso – eventuali elementi oggettivi, segnatamente di natura medica, a sostegno delle proprie argomentazioni. Si rileva infatti che il rapporto della dr.ssa _____ del 19.11.2015 annesso al ricorso era già stato prodotto con le osservazioni del 30.11.2015 ed era stato debitamente valutato dalla perita del CPAS, a cui ha risposto esaurientemente mediante lo scritto del 14.01.2016” (doc. IV). L'assicurata ha contestato tali considerazioni dell'amministrazione, trasmettendo un nuovo referto del 14 aprile 2016 della sua psichiatra curante, nel quale la dr.ssa _____ conferma un'inabilità lavorativa del 100%, chiedendo “una attenta e approfondita valutazione della capacità della paziente nel suo ruolo di casalinga, che a mio avviso appare compromessa, in considerazione delle problematiche algiche e affettive, post-traumatiche e del disturbo di personalità” tramite una rivalutazione somato-psichiatrica nell'ambito di una perizia pluridisciplinare (doc. VI/1). Chiamato ad esprimersi in merito a tale referto della dr.ssa _____, lo psichiatra del SMR, dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nelle annotazioni del 22 aprile 2016, ha rilevato quanto segue: " Ho rivalutato le prese di posizione che si sono susseguite negli anni da parte dei periti psichiatri. Nonostante alcune divergenze superabili tra un perito e l'altro, soprattutto in ambito di codifica diagnostica, emergono alcune osservazioni comuni che sono degne di essere sottolineate. L'assicurata presenta una tendenza regressiva importante, ancorata sul suo disturbo della personalità. La perdita dei vantaggi secondari legati alla rendita esaspera questa tendenza regressiva unitamente a molteplici lamentele somatoformi. La patologia psichiatrica non è considerabile come gravemente invalidante; al contrario una completa invalidazione non farebbe altro che colludere con le tendenze passive e rinunciatriche della personalità di base. Nell'ultima perizia e nella successiva presa di posizione del gennaio 2016, la Dr.ssa _____ ha ben esposto queste considerazioni ed ha tenuto conto in maniera articolata di tutti i pareri medici implicati in questo caso . Il giudizio sull'inabilità lavorativa formulato dalla Dr.ssa _____ è equilibrato e solido, in quanto tiene conto dei limiti oggettivi dell'assicurata, dell'andamento cronico dei medesimi, con tendenza all'aggravamento. Tuttavia dall'altra parte è attenta a distinguere i limiti psicopatologici da fattori di amplificazione e da fattori di disadattamento sociale o di rivendicazione che sono esclusi dall'AI. Trovo che sia un eccellente lavoro. Da parte sua la psichiatra curante continua a ribadire la sua posizione, che è affatto differente rispetto ai periti, proponendo in maniera unilaterale la sua lettura del caso, ma senza portare argomenti solidi che mettano in discussione il valido ed esteso ragionamento fatto dal perito. Propongo di confermare senz'altro le conclusioni del nostro ultimo rapporto finale.” (Doc. VIII/1) 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, viste le risultanze mediche appena esposte e richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid.

2.2.), non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale psichiatrica della dr.ssa _____ del CPAS, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. In particolare, il TCA ritiene di condividere l'analisi compiuta a proposito del referto peritale della dr.ssa _____ dal dr. _____ del SMR nelle annotazioni del 22 aprile 2016, nelle quali lo psichiatra del SMR ha ben illustrato come il referto peritale della specialista del CPAS costituisca "un eccellente lavoro", il quale tiene conto "in maniera articolata di tutti i pareri medici implicati in questo caso", giungendo ad un giudizio sull'inabilità lavorativa "equilibrato e solido, in quanto tiene conto dei limiti oggettivi dell'assicurata, dell'andamento cronico dei medesimi, con tendenza all'aggravamento. Tuttavia dall'altra parte è attenta a distinguere i limiti psicopatologici da fattori di amplificazione e da fattori di disadattamento sociale o di rivendicazione che sono esclusi dall'AI" (cfr. doc. VIII/1) Questo Tribunale reputa, invece, che le considerazioni di senso contrario espresse dalla psichiatra curante, dr.ssa _____, non siano atte a mettere in discussione le conclusioni peritali, per i motivi qui di seguito esposti. Da una parte va rilevato che, già in sede peritale, la dr.ssa _____ ha esposto in maniera chiara e motivata le ragioni per le quali, a suo parere, la valutazione di "una condizione clinica severa con IL totale" posta a più riprese dalla dr.ssa _____ nei suoi certificati all'attenzione dell'Ufficio AI non possa essere condivisa, non potendo nel caso dell'interessata essere poste né la diagnosi di un disturbo post-traumatico da stress, né quella di un disturbo da somatizzazione. Ancora e soprattutto, d'altra parte, il TCA evidenzia come alle puntuali critiche espresse dalla dr.ssa _____ nel referto del 19 novembre 2015 riguardo all'analisi e alle conclusioni peritali (cfr. doc. B) abbia risposto, in maniera dettagliata e minuziosa, punto per punto, la dr.ssa _____ nel complemento peritale del 14 gennaio 2016, spiegando diffusamente e con argomentazioni solide le ragioni per le quali le obiezioni avanzate dalla psichiatra curante dell'interessata non siano tali da rimettere in discussione gli esiti della perizia CPAS. Questo approfondito complemento peritale della specialista del CPAS risulta, pertanto, a mente del TCA, atto a chiarire la questione controversa, motivo per il quale questo Tribunale non ha motivo per distanziarsene. Per le medesime ragioni, il TCA ritiene che anche il referto del 14 aprile 2016 della dr.ssa _____, prodotto in corso di causa - con il quale la psichiatra curante ha ribadito quanto già attestato in precedenza, riaffermando in particolare il giudizio di una totale incapacità lavorativa dell'interessata (cfr. doc. VI/1) - non sia tale da potere inficiare le conclusioni peritali, come del resto valutato in maniera motivata dal dr. _____ del SMR nelle annotazioni del 22 aprile 2016 (doc. VIII/1). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise

(cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte ha nuovamente confermato la sua giurisprudenza nella STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2, nella quale ha ribadito la correttezza della valutazione eseguita dai periti del Centro peritale, anziché quella del curante, osservando che " a ciò si aggiunge che la valutazione del primo giudice tiene meglio conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr., tra le tante, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti)". In una sentenza 9C_185/2013 del 17 aprile 2013, l'Alta Corte, confermando la STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013, ha ritenuto corretta, nonostante la certificazione dello psichiatra curante, la valutazione peritale psichiatrica eseguita dal SAM, ricordando che, in presenza di perizie esterne, il solo fatto che uno o più curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimetterle in discussione e ad imporre nuovi accertamenti (cfr. fra le tante 9C_330/2012 del 7 settembre 2012 consid. 4; 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4. con riferimenti). Questa Corte ritiene, pertanto, che lo stato di salute dal profilo psichico dell'assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla dr.ssa Vitali del CPAS. In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti) , che l'assicurata è inabile al lavoro al 40% sia nella sua precedente attività, sia nello svolgimento di attività leggere adatte, rispettose dei suoi limiti funzionali, dal giugno 2014. 2.7. Non essendo, quindi, le argomentazioni della dr.ssa _____ tali da sollevare dubbi a proposito della fedeltà della valutazione peritale eseguita dalla dr.ssa _____ del CPAS, il TCA non può condividere la motivazione avanzata dall'assicurata al fine di giustificare la propria richiesta di potere essere sottoposta ad una perizia medica giudiziaria, vale a dire il fatto di essere in presenza di "due valutazioni totalmente antitetiche e non conciliabili" (cfr. doc. X). Per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF U 349/06 dell'11 luglio 2007 consid. 6; STFA U 239/02 dell'11 dicembre 2003; STFA H 5/02 del 31 gennaio 2003; STFA H 411/01 del 5 marzo 2003; SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1; STFA

H 102/01 dell'11 gennaio 2002; STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; STFA H 299/99 dell'11 gennaio 2002; STFA U 257/01 del 26 novembre 2001; STFA U 82/01 del 15 novembre 2001; STFA I 11/01 del 28 giugno 2001; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., Zurigo 1998, p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra e, in particolare, delle puntuali e ben motivate argomentazioni sviluppate dalla dr.ssa _____ del CPAS nel complemento peritale del 14 gennaio 2016 in risposta ad ogni singola obiezione sollevata dalla dr.ssa Maroni a proposito delle conclusioni peritali (cfr. doc. 197 riprodotto per esteso al consid. 2.4.), questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.8. Occorre quindi ora esaminare, dal profilo economico, la capacità di guadagno residua dell'assicurata. 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, come correttamente ritenuto dall'amministrazione, i dati del 2014. 2.9. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore

hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). 2.9.1. Nel caso di specie, nella decisione impugnata l'amministrazione ha indicato che l'assicurata, senza il danno alla salute, nel 2014, avrebbe potuto percepire fr. 39'594, conformemente a quanto comunicato dalla _____ di _____ per il 2012 e adeguando poi tale dato al 2014 (cfr. doc. 200). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dall'importo citato, che, del resto, non è stato contestato dall'assicurata. 2.10. Per quanto riguarda 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). 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 I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 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) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di 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; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. 2.10.1. Nella presente fattispecie, l'amministrazione ha quantificato in fr.

28'201 il reddito da invalido, applicando la tabella RSS 2014 TA 1, livello di competenza 1 (attività semplici di tipo fisico o manuale), donna, adattando i dati ad una settimana lavorativa di 41.7 ore, operando poi una decurtazione del 10% a titolo di deduzione sociale ex DTF 126 V 80 (cfr. doc. 200). Il TCA non ha motivo per discostarsi neppure da tale dato, rimasto, del resto, incontestato in sede ricorsuale. Conformemente alla giurisprudenza federale di cui si è detto al precedente considerando, per la determinazione del reddito ipotetico da invalido tornano applicabili i dati statistici nazionali contenuti nella tabella TA 1. Utilizzando i dati forniti da questa tabella, l'assicurata, svolgendo nel 2014 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. 4'300. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. dati pubblicati sul sito web dell'UFS; a questo proposito, si veda la STF 8C_480/2010 del 10 marzo 2012 consid. 3.1.1), esso ammonta a fr. 4'482.75 mensili oppure a fr. 53'793 per l'intero anno (fr. 4'482.75 x 12). Considerata un'esigibilità del 60%, il reddito da invalido corrisponde a fr. 32'275.80.

2.10.2. 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). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4 il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete .

2.10.3. L'Ufficio AI ha applicato una riduzione percentuale del 10% giustificata dalla necessità di svolgere unicamente attività leggere (cfr. doc. 200). Il TCA che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha motivo di scostarsi da tale valutazione dell'amministrazione, rimasta peraltro incontestata. Il reddito da invalido, tenuto conto di una decurtazione del 10%, ammonta dunque a fr. 29'048.

2.11. In concreto, raffrontando, nel 2014, il reddito da valido di fr. 39'594 con quello da invalido di fr. 29'048, si ottiene un grado di invalidità del 26,64% arrotondato al 27% (cfr. DTF 130 V 121, consid. 3.2), percentuale che, come correttamente stabilito dall'amministrazione, non

dà diritto ad una rendita di invalidità. La decisione dell'Ufficio AI va, di conseguenza, tutelata e il ricorso respinto. 2.12. 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.--vanno poste a carico dell'assicurata.

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