

TI_GERICHTE 32.2018.12 vom 20. Dezember 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-12-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.12

FR: TI_GERICHTE 32.2018.12 du 20 décembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2018.12 del 20 dicembre 2017

Regeste

Negato a ragione all'assicurata il diritto a prestazioni. Valore probatorio perizia SAM.
Raffronto percentuale

Erwägungen

E. 5

centri peritali), coinvolgendo l'Ordine dei medici e magari approfittando delle conoscenze di cui dispongono le numerose cliniche private presenti sul territorio cantonale, dove sono attivi specialisti di diverse discipline mediche ().

Il vantaggio di un nuovo centro peritale in Ticino sarebbe quello di disporre di medici che padroneggiano spesso le tre lingue nazionali e che potrebbero così essere disponibili per effettuare le perizie anche per degli assicurati provenienti da tutta la Svizzera.

Questo Tribunale ritiene infine che soltanto un sistema che permetta ogni volta la scelta tra un certo numero di centri peritali (almeno tre), garantisca realmente il rispetto del principio aleatorio.

L'UAI è pertanto invitato ad attivarsi presso l'UFAS per mettere in atto al più presto i correttivi necessari per adattare l'attuale prassi alla giurisprudenza federale, senza che ne derivi alcun peggioramento per gli assicurati di lingua italiana per quanto riguarda i tempi di attesa.■ (STCA citata consid. 2.6 pagg. 31 e 32)

In una successiva sentenza 32.2016.112 del 2 ottobre 2017, cresciuta incontestata in giudicato, il TCA ha sviluppato le seguenti considerazioni:

L'11 gennaio 2018 il Presidente del TCA ha inviato il seguente scritto all'avv. Ralf Kocher, Capo del servizio giuridico dell'UFAS, settore dell'assicurazione per l'invalidità:

La perizia pluridisciplinare del SAM può dunque essere utilizzata per risolvere il caso concreto.

2.4. Occorre innanzitutto esaminare la validità della valutazione medico-teorica operata dall'Ufficio AI.

Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro

lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito 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 (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50(STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6).

Il TCA non ha motivo per dubitare di tale presa di posizione.

E. 10

giorni per trasmettere una presa di posizione dell'UAI sulle possibilità ipotizzate dall'Autorità di vigilanza. La invito anche a precisare se, attualmente le perizie pluridisciplinari le svolge tutte il SAM oppure se ne effettua anche il CEMED di Nyon." L'avv. M. Maestri ha così risposto il 10 aprile 2018: "(...) Successivamente alla sentenza dell'Alta Corte pubblicata in DTF 137 V 210 (9C_243/2010 del 8 giugno 2011) e alla conseguente modifica apportata all'art. 72 bis OAI, i mandati riguardanti perizie pluridisciplinari (tre o più discipline mediche) sono attribuiti tramite la piattaforma SuisseMED@P, secondo il metodo aleatorio, a centri peritali convenzionati con l'UFAS. Il sistema via piattaforma SuisseMED@P concretizza il principio di aleatorietà istituito all'art. 72bis cpv. 2 OAI, correttivo proposto dal TF nella sentenza di principio citata. La gestione del sistema via piattaforma SuisseMED@P è di competenza dell'UFAS. L'UAI del Cantone Ticino è semplice utente della piattaforma, alla stregua degli altri UAI presenti in Svizzera. L'UAI si limita ad inserire i dati necessari ed il sistema via piattaforma SuisseMED@P, in funzione di un algoritmo, determina la scelta del centro peritale in base alle disponibilità nelle varie discipline mediche richieste, alla possibilità di realizzare la perizia nella lingua di procedura indicata e al tempo di attesa. L'UFAS ha concluso convenzioni con 30 centri peritali, di cui 22 sono situati in Svizzera tedesca contro gli 8 presenti in Svizzera romanda ed 1 unico centro situato nel Cantone Ticino, ovvero il Servizio accertamento medico di Bellinzona (SAM). Se la piattaforma SuisseMED@P, come ribadito, distribuisce le perizie pluridisciplinari ai centri peritali in funzione della lingua ufficiale del cantone in cui svolgono la loro attività, il SAM risulta essere la scelta obbligata per le perizie pluridisciplinari da svolgere in italiano richieste dall'UAI del Cantone Ticino in assenza di altri centri peritali disposti a effettuare perizie in italiano. Tale situazione concerne, nello specifico, gli assicurati di cui ha competenza l'UAI del Cantone Ticino. Con sentenza n. 32.2014.154 del 3 giugno 2015 il TCA aveva rilevato le imperfezioni del sistema via piattaforma SuisseMED@P per le perizie pluridisciplinari da attuarsi in italiano rispetto al principio di aleatorietà raccomandato dall'Alta Corte e disposto all'art. 72 bis cpv. 2 OAI, proponendo determinati correttivi. Con scritto del 16 marzo 2018 l'UFAS si è chinato sulle opzioni possibili intese ad aumentare le capacità a svolgere perizie in lingua italiana. Ripercorrendo i punti trattati dall'UFAS, l'UAI osserva: - che l'apertura di un nuovo centro sul territorio cantonale non è attualmente concretizzabile in assenza di medici disposti a collaborare con enti già presenti sul territorio. Nonostante sia compito dell'UFAS trovare partner ed enti con i quali stringere convenzioni, l'UAI si è attivato sul territorio cantonale per verificare la disponibilità di Ospedali o Cliniche a collaborare alla realizzazione di perizie pluridisciplinari in lingua italiana senza risultati utili. Va detto che tale difficoltà a reperire enti pubblici in grado di fungere da centri peritali è un problema già presente a livello federale come sollevato nell'interpellanza del Parlamento federale 13.3733 del 18 settembre 2013 (cfr. sito

<https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20133733>), alla quale il Consiglio federale ha replicato che: "Gli ospedali pubblici possono chiedere l'autorizzazione a operare in qualità di centri peritali. Come nel caso dei centri peritali privati, per ottenerla devono rispettare determinati criteri, tra cui l'indipendenza istituzionale e l'assunzione di esperti qualificati. Inoltre, i medici specialisti necessari per le perizie parziali e per i colloqui successivi volti a trovare un consenso devono essere disponibili in tempi rapidi. Attualmente, solo due ospedali pubblici si ritengono in condizione di garantire l'adempimento di questi requisiti. Dall'introduzione dei nuovi criteri di abilitazione nel marzo 2012, nessun ospedale pubblico ha mostrato interesse ad essere autorizzato quale centro peritale per l'AI. Al fine di ampliare l'offerta di centri peritali qualificati e considerando il sovraccarico dei centri nella Svizzera occidentale, sarebbe tuttavia auspicabile che anche gli ospedali pubblici si impegnassero per essere riconosciuti quali centri peritali per l'AI. A tal fine non è necessaria una modifica di legge." - per l'imposizione ai centri convenzionati già operativi di svolgere perizie in italiano, l'UFAS medesimo ha indicato di non disporre di mezzi per obbligare i centri peritali ad eseguire perizie in italiano. Essendo una questione di competenza dell'UFAS legata alle convenzioni concluse con i singoli centri peritali l'UAI non può che prenderne atto. Nonostante la presenza di 22 centri attivi in Svizzera interna e 8 in Svizzera romanda l'UFAS indica non esservi, attualmente, alcun centro peritale in grado di proporre perizie in italiano in alternativa al SAM; - per l'attuazione di perizie presso i centri convenzionati con l'aiuto di interpreti e traduzione degli atti va sottolineato l'importante onere organizzativo a carico dell'UAI, che rende difficilmente concretizzabile tale opzione. Oltre alle ragioni già esposte dall'UFAS si segnala l'importante mole di lavoro amministrativo per l'eventuale prima cernita della documentazione da tradurre, lavori di traduzione del dossier con costi esosi equivalenti all'allestimento di perizie mediche, ritardi nelle valutazioni a discapito degli interessi delle persone assicurate, tutti elementi che non depongono per la fattibilità di tale opzione. In proposito si segnala che neppure l'inserimento in piattaforma della lingua francese o tedesca permette di determinare un centro peritale in grado di svolgere la perizia nella lingua del centro in presenza del dossier proposto in lingua italiana: In concreto, l'UAI si è recentemente confrontato con una situazione simile giudicata dal Tribunale amministrativo federale (TAF) con sentenza del 28 febbraio 2018, inc. C-1000/2018 (annessa alla presente). I diversi centri peritali estratti hanno tutti ritenuto non eseguibile il mandato attribuito a causa della problematica linguistica unita alla complessità del caso. Tale situazione ha creato (e crea) un ritardo nella procedura istruttoria a danno della persona assicurata. Vale la pena seguire tale procedura per conformarsi al principio di aleatorietà per poi violare altri principi rilevanti quali il principio di celerità e di economia processuale, principi cardine del diritto amministrativo? Alla luce delle considerazioni summenzionate non sono presenti, allo stato attuale, opzioni atte a correggere il sistema in vigore a tutela del principio di aleatorietà per quando concerne le perizie pluridisciplinari da svolgersi in italiano attribuite tramite la piattaforma SuisseMED@P senza violare altri principi essenziali del diritto amministrativo a danno degli interessi della persona assicurata. Va ancora rilevato, riguardo al principio di aleatorietà, che il TF nella sentenza di principio citata, dopo essersi confrontato con le varie censure di ordine costituzionale e convenzionale riferite allo svolgimento delle perizie mediche in precedenza allestite dai centri d'osservazione medica dell'AI e basate prevalentemente sul famoso parere giuridico Müller/Reich, ha confermato l'indipendenza di tali centri secondo la prassi in vigore come anche la conformità alla Costituzione e alla CEDU dell'istruttoria medica effettuata,

indicando tuttavia di ritenere necessario apportare dei correttivi a livello amministrativo per ridurre i rischi latenti di lesione delle garanzie processuali derivanti dal potenziale di guadagno inerente all'attività svolta dal centro d'osservazione medica per conto dell'AI, partendo dal presupposto che gli enti peritali fossero aziende a scopo di lucro e dipendenti dai mandati dell'AI. In proposito il TF si è così espresso al consid. 2.4.3 della sentenza di principio: "(...) 2.4.3 Die MEDAS erfüllen eine öffentliche Aufgabe. Zwischen dem beauftragenden Sozialversicherungsträger und der Begutachtungsstelle entsteht dementsprechend ein Rechtsverhältnis des öffentlichen Rechts (BGE 134 I 159 E. 3 S. 163 mit weiteren Hinweisen; UELI KIESER, Begutachtungen im Versicherungsrecht - ein Vorschlag für eine Neukonzeption, in: Festschrift Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht, 2010, S. 312 f.). Einerseits gehören die MEDAS funktionell dem Abklärungsapparat einer staatlichen Einrichtung an. Andererseits haben sie sich teilweise in Rechtsformen gewinnorientierter Kapitalgesellschaften privater Eigentümer konstituiert. Daraus kann ein systeminhärentes Spannungsverhältnis zu ihrer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe entstehen. Die Gewinnorientierung in Verbindung mit einer allfälligen Eiwartung der Auftraggeberin kann mit anderen Worten eine gutachterliche Aufgabenerfüllung begünstigen, die nicht mehr ausschliesslich dem gesetzlichen Auftrag verpflichtet wäre.". Oltre a proporre diversi correttivi (uniformità della tariffa peritale al consid. 3.2; miglioramento e unificazione delle esigenze qualitative e del controllo di qualità al consid. 3.3; rafforzamento dei diritti di partecipazione al consid. 3.4), il TF ha sostenuto il conferimento dei mandati peritali ai centri medici secondo il principio della casualità (consid. 3.1) per ovviare al rischio latente summenzionato, che un centro medico con scopo di lucro possa avere una dipendenza economica dall'AI. Ora, tale rischio è nullo se riferito al centro peritale del SAM, essendo il SAM un servizio dell'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, quindi un servizio pubblico, che non ha forma giuridica propria né è entità costituita con scopo di lucro, contrariamente alla maggioranza dei centri peritali convenzionati con l'UFAS (ben oltre 20 centri peritali su 30 sono società organizzate nella forma di SA o Sagl). A garanzia della trasparenza del procedere vale la pena osservare che le questioni riguardanti l'indipendenza dei centri peritali, come anche del SAM di Bellinzona, e dei periti incaricati a cui sono conferiti i mandati sono questioni di dominio pubblico, che sono state oggetto di varie interrogazioni parlamentari sulle quali si è chinato il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino con risposte del 28.5.2014, 21.10.2014 e 16.5.2017 (riferite, nell'ordine, all'interrogazione del 16.1.2014 n.16.14, cfr. <https://www4.ti.ch/fileadmin/POTERI/GC/allegatinterrocazioni/risposte/pdf/r16.14.pdf>; all'interrogazione del 4.8.2014 n.147.14, cfr. <https://m4.ti.ch/fileadmin/POTERI/GC/allegatinterrogazionikisposte/pdf/r147.14.pdf>; all'interrogazione del 24.3.2017 n.72.17, cfr. [https://www4.ti.ch/user librierielphp/GC/allegato.php?allid=117654](https://www4.ti.ch/user/librierielphp/GC/allegato.php?allid=117654)). Si ribadisce che è la piattaforma SuisseMED@P che determina il centro peritale al quale attribuire il mandato e non l'UAI. Si precisa ulteriormente che le perizie attribuite tramite la piattaforma SuisseMED@P e distribuite al SAM sono realizzate in tempi sostenibili (non ci sono ritardi diversamente dalla situazione presente in Svizzera romanda), che le persone assicurate sono facilitate per raggiungere i luoghi della perizia, condizione rilevante in considerazione di uno stato di salute compromesso, che le stesse possono essere peritate in lingua italiana senza intermediari, ciò che consente di allestire al meglio la perizia nell'ottica della qualità della stessa. In conclusione, allo stato attuale, si determina una situazione per la quale il SAM risulta essere la sola scelta possibile per l'attuazione di perizie pluridisciplinari in lingua

italiana all'interno della piattaforma SuisseMED@P. Da ultimo, in risposta alla richiesta di indicare se le perizie pluridisciplinari sono svolte dal SAM o se ne effettua anche il CEMED di Nyon, l'UAI può indicare sulla base delle statistiche disponibili, che nel 2017 tutte le perizie pluridisciplinari inserite dall'UAI del Canton Ticino nel sistema via piattaforma SuisseMED@P sono state attribuite al SAM; nel 2016 tre mandati sono stati eseguiti da centri peritali in Svizzera interna (2) e romanda (1).” Chiamato nuovamente a pronunciarsi sulla questione questo Tribunale, alla luce delle argomentazioni sviluppate dall'UFAS e dall'AI (in particolare appurata l'impossibilità di creare un secondo centro peritale nel Canton Ticino, l'impossibilità di obbligare i centri convenzionati esistenti ad effettuare perizie in italiano, l'impossibilità per gli altri centri di effettuare perizie di assicurati di lingua italiana con l'aiuto di interpreti e traduzione degli atti), ritiene che l'attribuzione di tutte le perizie in lingua italiana al SAM, formalmente attraverso il sistema SuisseMED@P, seppure non ottimale per le ragioni già indicate negli scorsi anni, costituisca comunque una soluzione accettabile. Si tratta infatti di un ente di diritto pubblico. Inoltre questo modo di procedere permette di rispettare il principio della celerità e non comporta costi di traduzione. La perizia pluridisciplinare del SAM può dunque essere utilizzata per risolvere il caso concreto.

2.4. Occorre innanzitutto esaminare la validità della valutazione medico-teorica operata dall'Ufficio AI. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF 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, 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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). L'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza

9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), 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 objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). 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). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo , “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, 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, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.5. Per quel che concerne l'invalidità psichica, in due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre, 2017 pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata

siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità

lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito 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 (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle recentissime STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2. 2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dagli specialisti del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatte proprie all'Ufficio AI. 2.6.1. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, il TCA non ha ragioni per scostarsi dalla valutazione peritale del 31 marzo 2017 con la quale il dr. _____, spec. FMH in reumatologia, ha ritenuto l'assicurata inabile al lavoro nella misura del 20% nella sua precedente professione, mentre in altre attività adeguate, come ad esempio in un lavoro d'ufficio, ha considerato l'interessata abile al lavoro a tempo pieno con una diminuzione del rendimento del 5% tenendo conto di tutte le problematiche reumatologiche (cfr. pag. 359-366 incarto AI). Questa motivata valutazione del dr. _____ non può essere rimessa in discussione dalle argomentazioni sollevate in sede ricorsuale dal patrocinatore della ricorrente. Al riguardo, infatti, con presa di posizione del 5 marzo 2018, il dr. _____ ha in maniera motivata e convincente analizzato ogni singola contestazione dell'avv. RA 1, illustrando le ragioni per le quali non possono essere condivise (cfr. doc. VIII/1). Lo specialista del SAM ha chiarito ogni questione controversa, sia con riferimento all'anamnesi, che riguardo agli accertamenti svolti in passato da altri periti, come pure ai singoli disturbi e all'influenza degli stessi sulla capacità lavorativa residua dell'interessata, in particolare nella professione di infermiera in chirurgia. Questo Tribunale ritiene esaurienti le motivazioni, puntuali e precise, esposte dal dr. _____. Anche le ulteriori critiche formulate dal patrocinatore dell'assicurata in data 16 marzo 2018, corredate da nuova documentazione medica (cfr. doc. X + 1-2), non sono atte a sminuire la validità della valutazione reumatologica del dr. _____. Quest'ultimo, infatti, chiamato ancora una volta dall'UAI ad esprimere il proprio parere riguardo a quanto addotto dall'avv. RA 1, con presa di posizione del 26 marzo 2018, dopo avere analizzato i referti prodotti in corso di causa sottopostigli, ha sottolineato come gli stessi "coincidono nella sostanza con le nostre valutazioni e non aggiungono alcun elemento nuovo. Non vi è evidenza di un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata" (cfr.

doc. XVI/1). Infine, a proposito dell'esame al quale l'assicurata si è sottoposta presso il proprio paese di origine (cfr. doc. XIV/1-2), questo Tribunale rileva che il dr. _____ del SMR, nelle annotazioni del 4 maggio 2018, ha ritenuto che "il nuovo certificato redatto a _____ in _____ non riporta nuove informazioni rispetto a quanto già noto al momento della redazione del rapporto SMR finale del 24.07.2017" (cfr. doc. XVII/1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tali considerazioni. 2.6.2. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, nel referto peritale del 29 maggio 2017, posta la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di "disturbo d'ansia generalizzata ICD-10-GM F 41.1", la dr.ssa _____, spec. in psichiatria, dopo avere evidenziato che l'assicurata non è in cura psichiatrica, né psicoterapeutica, ha valutato l'esistenza di una capacità lavorativa per motivi psichiatrici del 100% sia nella professione di infermiera, che in qualsiasi altra. La specialista in psichiatria ha sottolineato che "rispetto alla diagnosi posta dalla collega dr.ssa _____ di "sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata (ICD10-F43.21)", valutata come non influente sulla capacità lavorativa, a mio parere vi è stata una evoluzione positiva, con un residuo di disagio psichico dovuto alla presenza di un disturbo d'ansia" (pag. 385 incarto AI). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle convincenti e ben motivate considerazioni espresse dall'esperta in psichiatria, rispettose dei più recenti dettami giurisprudenziali, che, del resto, non sono state smentite tramite la presentazione di referti medico-specialistici di senso contrario. In sede ricorsuale e poi ancora in corso di causa, difatti, il legale della ricorrente ha contestato il referto peritale della dr.ssa _____, rilevando come lo stesso non abbia tenuto conto del fatto che lo stato di salute dell'interessata "è il frutto di quasi due anni di inattività e riposo e quindi disattende di contestualizzare storicamente la sua diagnosi" (doc. I). La specialista consulente del SAM, la quale, con motivate prese di posizione del 14 febbraio 2018 (cfr. doc. VIII/1), rispettivamente del 26 marzo 2018 (cfr. doc. XVI/1), ha spiegato nel dettaglio le ragioni per le quali non possono essere ritenute tali da modificare la valutazione peritale del 29 maggio 2017. 2.6.3. Dal profilo neurologico, infine, nella valutazione specialistica del 19 maggio 2017, la dr.ssa _____, spec. FMH in neurologia, ha considerato che i problemi vescicali dell'interessata influiscono sulla sua capacità lavorativa residua, a causa della necessità di disporre di pause supplementari per recarsi alla toilette e della ridotta capacità di sollevare pesi, i quali potrebbero far insorgere problemi di incontinenza da sforzo. Per tali ragioni, quindi, la specialista in neurologia ha ritenuto l'assicurata inabile al lavoro nella misura del 30%-40% nell'attività di infermiera con compiti di assistenza ai malati in un reparto di cure acuto, mentre in un reparto con minore intensità di cure ha reputato che l'incapacità lavorativa sarebbe del 20%. La dr.ssa Raimondi ha messo in evidenza come lo stato di salute dell'interessata potrebbe essere migliorato attraverso la messa in atto di provvedimenti terapeutici già proposti a più riprese, quali un'igiene vescicale, fisioterapia del pavimento pelvico, infiltrazione di tossina botulinica, stimolazione delle radici sacrali e, infine, se non efficaci, misure chirurgiche, oltre ad un programma riabilitativo di rinforzo della muscolatura assiale del rachide (pag. 374 incarto AI). Questo Tribunale non può che condividere tali valutazioni della specialista in neurologia, le quali, del resto, non possono essere sconfessate dalle critiche sollevate in sede ricorsuale dall'avv. RA 1. In merito a queste ultime, infatti, la dr.ssa _____, chiamata dall'Ufficio AI ad esprimersi, con presa di posizione del 23 febbraio 2018, ha risposto punto per punto alle obiezioni del legale dell'assicurata, facendo riferimento agli aspetti diagnostici, all'incapacità lavorativa, al potenziale evocato del nervo pudendo e agli aspetti terapeutici. In esito alla sua dettagliata risposta, la dr.ssa _____ ha quindi

ribadito la correttezza della propria precedente valutazione peritale, sottolineando come “il ricorso dell’avv. RA 1 non porta alcun nuovo elemento oggettivo alla valutazione del caso (referti aggiuntivi, nuove valutazioni cliniche). Il ricorso è basato su una interpretazione personale di alcuni elementi della perizia pluridisciplinare, che sono stati riportati dall’Avvocato in modo incompleto e al di fuori del contesto clinico della perizia o in alcuni casi non corrispondono a quanto contenuto nel rapporto peritale” (doc. VIII/1). Il TCA non ha motivo per scostarsi da tali motivate e convincenti considerazioni espresse dalla dr.ssa Raimondi. L’apprezzamento della dr.ssa _____ non viene smentito neppure dai referti del dr. _____ e del dr. _____, prodotti in corso di causa dal legale della ricorrente e sottoposti dall’Ufficio AI al vaglio della specialista in neurologia del SAM per una sua valutazione. Ella, infatti, nelle osservazioni del 13 aprile 2018, ha rilevato come “in entrambi i rapporti non si fa riferimento a nuove diagnosi o nuovi accertamenti dal punto di vista neurologico. I rapporti non aggiungono nuovi elementi e non cambiano le conclusioni della mia perizia neurologica” (doc. XVII/1). Il TCA non ha motivo per dubitare di tale presa di posizione.

2.6.4. Nel referto peritale del 20 luglio 2017, tenuto conto dell’insieme degli apprezzamenti specialistici, i medici del SAM, ritenendo che le limitazioni derivanti dagli aspetti neurologici e reumatologici non vadano “sommate, bensì integrate per compensazione vicendevole”, hanno quindi posto la valutazione globale di una capacità lavorativa complessiva dell’assicurata nella misura del 65% nella precedente attività di infermiera in un reparto di chirurgia e dell’80% nello svolgimento di attività adatte (pag. 350 incarto AI). Questo Tribunale non ha motivo per mettere in discussione tale valutazione globale eseguita dagli specialisti del SAM, in esito ad una esauriente discussione tra tutti i medici periti coinvolti, conformemente a quanto prescritto dalla giurisprudenza federale - la quale prevede che 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_211/2016 del 18 ottobre 2016; STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). Essi hanno, difatti, motivato le ragioni che li hanno spinti ad integrare le limitazioni di origine neurologica e reumatologica, osservando che “la necessità di effettuare delle pause e la diminuita tolleranza allo sforzo dovute alla vescica iperattiva permettono infatti di compensare ampiamente la diminuzione del rendimento lavorativo causata dai disturbi cronici a carico dell’apparato locomotore” (pag. 348 incarto AI). Il TCA non ha motivo per dubitare di queste motivate riflessioni.

2.6.5. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione peritale effettuata dal SAM (segnatamente la perizia del 20 luglio 2017 ed i relativi complementi del 5 marzo 2018 e del 20 aprile 2018) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza, alla stessa va dunque attribuita piena forza probante. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell’assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall’amministrazione, segnatamente dagli specialisti del SAM, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori approfondimenti peritali come richiesto, invece, dal patrocinatore della ricorrente. Va qui ricordato che, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kőlz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*,

2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In 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 35% (riduzione del rendimento) nella sua precedente attività e nella misura del 20% nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali (pag. 352 e 353 incarto AI). 2.7. Dal lato economico, nella decisione oggetto del presente ricorso l'amministrazione ha precisato che "... la signora RI 1 raggiunge il minor discapito nella sua abituale attività quale infermiera. A tale proposito, le percentuali di incapacità lavorativa nell'attività abituale summenzionate corrispondono al grado di invalidità" (cfr. pag. 456 incarto AI). In altre parole, al posto del consueto raffronto dei redditi, l'Ufficio AI ha applicato il cosiddetto raffronto percentuale (DTF 137 V 337 consid. 3.1.1 con riferimento a DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_225/2016 del

E. 14

luglio 2016; STF 9C_856/2010 del 27 giugno 2011; I 759/2005 del 21 agosto 2006; cfr. anche STCA 32.2016.68 del 28 agosto 2017; 32.2016.80 del 6 aprile 2017, 32.2012.28 del 5 novembre 2012, 32.2011.21 dell'11 luglio 2011, 32.2010.209 del 13 gennaio 2011, 32.2010.69 del 9 dicembre 2010). In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale - come in casu in base alla valutazione peritale del SAM - da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, p. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., del 31 maggio 1995 nella causa E. D., del 7 giugno 1995 nella causa M. Z. e del 26 febbraio 1996 nella causa G). Pertanto, in applicazione del cosiddetto raffronto percentuale - che non è stato contestato dal patrocinatore dell'insorgente - il reddito da invalido che l'assicurata potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua del 65% corrisponde al 65% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, per un grado di invalidità del 35% che non giustifica l'attribuzione di una rendita d'invalidità. 2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata. 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.-vanno poste a carico dell'assicurata. Quest'ultima ha tuttavia chiesto di essere messa al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio, essendo al beneficio di prestazioni assistenziali (doc. I, pag. 9). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In concreto, emerge dagli atti di causa (cfr. doc. VI e allegati) che l'assicurata vive grazie all'aiuto dell'assistenza pubblica. In queste condizioni, l'indigenza deve essere ammessa. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; U. Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 93; art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 4 maggio 2004 nella causa S., K 146/03, consid. 7.1.; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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