

TI_GERICHTE 32.2018.147 vom 18. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.147

FR: TI_GERICHTE 32.2018.147 du 18 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2018.147 del 18 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. 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.

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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini

approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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 europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). 2.5. Nel caso in esame, dal punto di vista medico l'Ufficio AI, dopo aver raccolto la documentazione medico-infortunistica, si è fondato sulla perizia pluridisciplinare del _____ dell'11 ottobre 2010, sulla perizia reumatologica di decorso del dr. _____ del 21 marzo 2015 (compreso il complemento peritale del 22 settembre 2015) e sulla perizia disciplinare (psichiatrica e ortopedica) dell'8 agosto 2017 dei dr. med. _____/dr.ssa med. _____ e dr. med. _____. Dal referto datato 11 ottobre 2010 (doc. 164 inc. AI) risulta che i periti del _____ hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: reumatologica (dr. med. _____), neurologica (dr. med. _____), dermatologica (dr. med. _____) e psichiatrica (dr. med. _____). Tenuto conto dei dati soggettivi ed oggettivi (punti no. 3 e 4 della perizia), riportate le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa (punto no. 5 della perizia), prese in considerazione le singole valutazioni specialistiche, i periti hanno concluso che l'assicurata "presenta una capacità lavorativa dello 0% come odontotecnica (inidoneità) e una capacità lavorativa del 100% come impiegata di ufficio" (pag. 19 della perizia). Essi hanno poi accertato che dal punto di vista psichiatrico, reumatologico e neurologico l'assicurata risulta pienamente abile nella sua originaria attività di odontotecnica. Dal punto di vista dermatologico (l'assicurata è affetta da eczema da contatto a sostanze in uso in odontotecnica) è stata ritenuta totalmente inabile nella sua originaria attività ma pienamente abile quale impiegata di commercio e d'ufficio. Globalmente i periti hanno in seguito

osservato: " (...) L'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come odontotecnica dal 2002 (come già valutato in precedenza) e al 100% come impiegata di commercio e d'ufficio dal 14.7.2009 (visita reumatologica presso il Dr. med. _____) e continua. Per i periodi precedenti si può fare riferimento alla decisione dell'assicurazione privata, che ha codificato un'incapacità lavorativa al 100% dal 20.3.2007 (cessazione dell'attività lavorativa) e al 50% dal 1.10.2008. (...)" (doc. 164 pag. 20) Va qui precisato che il riferimento ai precedenti periodi d'inabilità lavorativa s'intendono quelli riconosciuti dall'assicuratore _____. Per quanto riguarda l'esercizio di attività adeguate, i periti hanno evidenziato: " (...) L'A. può essere sottoposta a provvedimenti d'integrazione professionale. L'A. è abile al lavoro al 100% in attività simili a quella di impiegata d'ufficio e come casalinga dal punto di vista psichiatrico, reumatologico e dermatologico. Per quest'ultima patologia l'A. deve evitare il contatto con le sostanze descritte nell'allegato consulto del Dr. med. _____. L'A. è totalmente abile al lavoro in attività simili a quello di ufficio dal 14.7.2009 (visita del reumatologo Dr. med. _____) e continua. Per il periodo precedente fa stato la valutazione dell'assicurazione privata (incapacità lavorativa al 100% dal 20.3.2007 e al 50% dal 1.10.2008). Come casalinga l'A. è sempre stata totalmente abile al lavoro (si può codificare un'incapacità lavorativa al 100% durante due mesi al massimo dopo l'intervento alla spalla ds. Effettuato il 16.11.2007). (...)" (Doc. 164 pag. 20) Nella perizia di decorso del 21 marzo 2015 il dr. _____ ha confermato una piena abilità lavorativa in attività adeguate: " (...) In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con un rendimento massimo del 100 %, come già ritenuto dopo l'ultima valutazione peritale con. consulto reumatologico, l'1.9.2010, prendendo atto che i limiti funzionali e di carico allora profilati sono da ritenersi validi fino alla valutazione ortopedica peritale specialistica presso il Dr. _____ a _____ del 6.4.2011; a decorrere dal 7.4.2011 sono applicabili i limiti funzionali e di carico da me sovraprofilati. Sapendo dei limiti funzionali e di carico presenti nell'assicurata, ella, nella sua ultima attività professionale principale di impiegata di commercio, a decorrere dal 7.4.2011, viene ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3. In qualità di casalinga, dal lato medico teorico, la giudico inabile al lavoro al 40 %, inteso come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa abituale dal 17.4.2011; il rendimento lavorativo in qualità di casalinga, va comunque ancora dettagliatamente valutato tramite un'inchiesta a domicilio (inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica). Fino al 6.4.2011 è da considerarsi valida la valutazione della capacità lavorativa come impiegata di commercio rispettivamente come casalinga stabilita dal perito reumatologo Dr. _____ di _____ l'1.9.2010. Va riconfermata l'inabilità lavorativa totale come odontotecnica, stabilita per motivi dermatologici. (...)" (doc. 224 pag. 11) Quale casalinga, lo specialista l'ha valutata "inabile al 40%, inteso come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa abituale dal 7.4.2011; il rendimento lavorativo in qualità di casalinga va comunque ancora dettagliatamente valutato tramite un'inchiesta a domicilio (inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica) . Le succitate conclusioni, in particolare quelle riguardanti la riduzione della capacità lavorativa del 33% quale impiegata di commercio, sono state riprese dal dr. med. _____ del SMR nelle annotazioni 2 aprile 2015 (doc. 226 inc. AI). Con scritto 15 settembre 2015 l'allora caposervizio del SMR dr. med. _____ ha chiesto al dr. med. _____ chiarimenti circa la differenziazione fatta tra la valutazione di piena abilità in attività adeguate rispettose delle limitazioni esposte in perizia (attività leggere) e la

riduzione di rendimento (33%) nell'altrettanta attività adeguata d'impiegata di commercio, descrivendo l'abituale mansionario di quest'ultima professione, anche nell'ottica di una ripresa della formazione professionale interrotta (doc. 232 inc. AI). A tal riguardo il perito ha rilevato: " (...) La diminuzione del rendimento di 1/3 per la professione di impiegata di commercio da me ritenuta, si spiega con il fatto che l'assicurata deve da una parte avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno e non può utilizzare liberamente le due braccia, in particolare il braccio destro, specialmente per movimenti oltre il piano orizzontale; qualora il mansionario generico per l'impiegata di commercio, come da lei descritto, non dovesse implicare movimenti ripetitivi con le braccia staccate dal tronco, in particolare oltre il piano orizzontale e l'assicurata avesse nel contempo la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno, anche l'attività di impiegata di commercio terrebbe conto dei limiti funzionali e di carico indicati sopra tipici di un'attività adatta allo stato di salute nella quale, come già segnalato sopra, l'assicurata è abile al lavoro in misura totale. (...)" (sottolineatura del redattore, doc. 234 pag. 2-3) Il dr. _____ ha poi confermato che l'assicurata può svolgere con pieno rendimento l'eventuale continuazione del tirocinio quale impiegata di commercio a condizione che i succitati limiti funzionali siano rispettati. Preso atto di quanto sopra, con rapporto del 10 marzo 2016 il dr. med. _____ del SMR ha ripreso quanto riportato nel suo precedente rapporto del 2 aprile 2015 con l'aggiunta dell'incapacità lavorativa del 40% in attività di casalinga dal 7 aprile 2011 (doc. 249 inc. AI). Il succitato rapporto SMR è stato rettificato dal dr. med. _____, anche lui del SMR, il quanto ha rilevato: " (...) A parziale complemento del rapporto SMR finale del 10.03.2016, l'assicurata non ha limitazioni funzionali dal 07.04.2011 in qualsiasi attività lucrativa se è rispettato quanto precisato dal Dr. _____ con lo scritto del 22.09.2015 e precisamente: l'assicurata deve avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno, non può utilizzare liberamente le 2 braccia, soprattutto il braccio destro, specialmente per movimenti oltre il piano orizzontale. Se queste limitazioni sono rispettate, l'assicurata è abile al lavoro in modo totale dalla data suddetta così come può frequentare una scuola." (doc. 251) Sulla base di quanto sopra indicato, l'Ufficio AI ha allestito il progetto di decisione del 30 maggio 2016, in seguito annullato avendo ritenuto necessario, dopo inoltro di altra documentazione medica da parte dell'assicurata, procedere ad una perizia disciplinare (psichiatrica e ortopedica). Con rapporto 8 agosto 2017 i periti psichiatrici (dr.ssa med. _____ e dr. med. _____) non hanno riscontrato alcuna inabilità lavorativa. Il perito ortopedico, dr. med. _____ ha invece concluso: " (...) In un lavoro adatto allo stato di salute, l'A. è giudicata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con rendimento massimo del 100 % a decorrere dal 07.04.2011, come del resto già definito sia dal Dr. med. _____ nella sua perizia reumatologica del 21.03.2015 e come già emerso anche dalla perizia reumatologica del Dr. med. _____ di _____ del 01.09.2010. In virtù delle limitazioni funzionali riscontrate e della sintomatologia algica riportata la professione di odontotecnica già era stata ritenuta non esigibile per un problema dermatologico nel 2010 durante la perizia _____ dal Dr. med. _____ a causa di un'atopia nei confronti di sostanze chimiche; nei confronti dell'ultima professione di impiegata di commercio, dove veniva riconosciuta dal Dr. med. _____, a partire dal 07.04.2011, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore ma con una diminuzione di rendimento di 1/3, crediamo che l'assicurata sia abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore ma con una diminuzione del rendimento del solo 20 %, ritenendo, alla luce del mansionario, che i movimenti ripetitivi delle braccia

staccate dal tronco, e in particolare oltre il piano dell'orizzontale oltre alla possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno così come sottolineate dal Dr. med. _____ siano movimenti che possano essere facilmente e maggiormente compensati con l'arto superiore sinistro; resta ben inteso che, qualora il mansionario non dovesse implicare né movimenti ripetitivi con le braccia staccate dal tronco e in particolare oltre il piano orizzontale e l'assicurata avesse nel contempo la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno, anche l'attività di impiegata di commercio terrebbe conto dei limiti funzionali e di carico indicati sopra tipici di un'attività adatta allo stato di salute nella quale, come già segnalato sopra, l'assicurata è abile al lavoro in misura totale. (...)” (doc. 289 pag. 48) In sostanza, il dr. med. _____ ha confermato la perizia del dr. med. _____, scostandosi unicamente per quel che concerne la riduzione di rendimento quale impiegata di commercio (dal 33% al 20%) qualora non possa rispettare le limitazioni sopra esposte. Con rapporto 11 agosto 2017 il dr. med. _____ del SMR ha ripreso le errate incapacità lavorative elencate dal dr. med. _____ nel precedente rapporto del 10 marzo 2017 – che lui stesso aveva del resto corretto –, aggiungendo un’inabilità lavorativa del 20% in attività adeguate a far da tempo dal 21 marzo 2015 (doc. 290 inc. AI). In un altro rapporto del medesimo giorno lo stesso dr. med. _____ ha aggiunto la piena abilità lavorativa riscontrata dal dr. med. _____ dal 19 aprile 2017, giorno della visita peritale, risultando le seguenti inabilità lavorative, per quel che qui interessa in attività adeguate successivamente al 2008: 0% dal 14.07.2009, 33% dal 7.04.2011, 20% dal 21.03.2015 e 0% dal 19.04.2017, oggetto di un nuovo progetto di decisione del 9 ottobre 2017, in sostituzione di quello precedente del 30 maggio 2016. Riesaminata la fattispecie, con annotazioni 24 ottobre 2017 il caposervizio del Servizio Prestazioni e la giurista dell’AI hanno osservato: " (...) A nostro avviso traspare in modo chiaro che la CL in attività adeguate risulta essere completa a decorrere dal 14.07.2009, con una modifica dei limiti funzionali che sono da ritenersi più restrittivi dall’aprile 2011. L’IL del 335 infatti (rispettivamente del 20% secondo il dr. _____) riguarda unicamente l’attività di impiegata di commercio comportante un mansionario non totalmente adeguato.” (doc. 307) Di conseguenza, con rapporto 27 ottobre 2017 il dr. med. _____ del SMR, riassunte le diagnosi emerse dai diversi consulti, ha rivisto le inabilità lavorative come segue: Data inizio Possibilità Integrazione IL attività abituale % IL Dal AI (riferita come 100
20.03.2007 continua attività al 100% ■ Presenza ■ * Riduzione rendimento %
Osservazioni IL attività adeguata % IL Dal AI (riferita come 100 20.03.2007 30.09.2008
attività al 100% 50 0 01.10.2008 14.07.2009 13.07.2009 continua ■ Presenza X *
Riduzione rendimento % Osservazioni IL mansioni % IL Dal AI consuete (casalinga) 100
20.03.2007 30.09.2008 (Riferita come attività al 100% 50 0 40 01.10.2008 14.07.2009
07.04.2011 13.07.2009 06.04.2011 continua (doc. 308 pag. 2) La documentazione medica presentata successivamente dall’assicurata (cfr. osservazioni del 27 ottobre 2017 e del 9 gennaio 2018) è stata esaminata dal SMR il quale con annotazioni del 24 gennaio 2018 ha confermato il succitato rapporto 27 ottobre 2017 (doc. 316 inc. AI). Orbene, da un attento esame degli atti questo TCA non può che confermare il rapporto 27 ottobre 2017 del SMR e questo nonostante le precedenti continue correzioni di valutazioni operate dallo stesso servizio medico, verosimilmente, come rilevato dall’amministrazione, dovute al voluminoso incarto ed al lungo tempo trascorso (va ricordato che la domanda di prestazioni risale all’aprile 2008). In primo luogo occorre rilevare che rispetto alla valutazione 4 agosto 2008 del dr. _____, posta alla base della valutazione della _____, di inabilità lavorativa del 100% dal 20 marzo 2007 e del 50% dal 1° ottobre 2008, i periti succedutisi

hanno considerato un ripristino della piena abilità lavorativa dal 14 luglio 2009, questo con riferimento ad un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali, ciò che corrisponde ad un miglioramento delle condizioni di salute. La citata data corrisponde alla visita reumatologica da parte del dr. med. _____, il quale - come riportato dal dr. _____ nella perizia _____ - "non ha evidenziato patologia di rilievo. Il dr. _____ discute nella sua valutazione la possibile presenza di un Symphatically Maintained Pain o di un Complex Regional Pain Syndrom". Il perito _____ ha poi fatto presente che "alla visita attuale possiamo ritenere che queste patologie non siano più riscontrabili ", motivo per cui ha valutato una piena abilità lavorativa, con rendimento del 100%, dalla data della visita da parte del dr. med. _____ (perizia _____ pag. 10), ciò che corrisponde ad un miglioramento rispetto alle incapacità lavorative riscontrate dal dr. med. _____. La piena abilità lavorativa in attività adeguate, come visto, è stata in seguito confermata sia dal dr. med. _____ che dal dr. med. _____. La ricorrente sostiene inoltre come i periti non abbiano tenuto conto del fatto che nella STCA del 7 marzo 2012 questo Tribunale aveva confermato un'incapacità lavorativa del 50% dall'ottobre 2008. A prescindere dal successivo miglioramento riscontrato, l'oggetto del litigio era circoscritto " alla questione di sapere se l'assicuratore convenuto era o meno legittimato a dichiarare estinto il nesso di causalità naturale con l'infortunio del 6 dicembre 2006, a decorrere dal mese di giugno 2007" (cfr. consid. 2.2), tant'è che questa Corte, negato il nesso causale naturale, aveva concluso che "in queste condizioni, è superfluo che l'assicuratore resistente si pronunci formalmente sulla riduzione dell'incapacità lavorativa (dal 100 al 50%) a decorrere dal 1° ottobre 2008 " (cfr. consid. 2.9). La ricorrente sostiene altresì la necessità di una perizia pluridisciplinare di decorso. Al tal riguardo rettamente nelle osservazioni 17 ottobre 2018 l'Ufficio AI ha spiegato che la chiesta valutazione pluridisciplinare non era necessaria bastando quella bidisciplinare (reumatologica e psichiatrica), non essendo stati apportati nuovi elementi da approfondire: " (...) Il Dr. _____ nella nota del 05.02.2015 indicava infatti che "dopo la corrispondenza intercorsa e la mancanza di nuove documentate patologie o visite cliniche a carico di altri distretti organici resta indicata una attuale valutazione peritale di decorso della funzionalità locomotoria in ambito reumatologico". A seguito delle osservazioni al progetto del 12.07.2016 e 15.09.2018 il Dr. _____ del SMR, nella sua nota del 23.02.2017, ha indicato che "Preso nozione di osservazioni di carattere ortopedico e psichiatrico (disturbi psichici in precedenza non evidenziati), si impone un approfondimento peritale in queste 2 specialità in particolare valutare l'evoluzione dello stato psichico ed ortopedico dal 03.2015 (perizia reumatologica Dr _____)" e sono dunque state predisposte delle perizie di decorso unicamente in ambito reumatologico e psichiatrico, in quanto appunto non vi erano evidenze di altre patologie. A livello neurologico, ad esempio, non è stato presentato alcun referto medico che potesse far pensare ad una modifica dello stato valetudinario rispetto alla valutazione specialistica del _____ dell'11.10.2010, in occasione della quale il Dr. _____ non aveva rilevato alcuna patologia con influsso sulla capacità lavorativa ed aveva specificato che il problema alla spalla destra non era di competenza neurologica. (...)" (doc. VIII pag. 2) Come rettamente evidenziato nella risposta di causa (pag. 7), le annotazioni SMR dell'11 agosto 2017 non sono corrette poiché dalle stesse risulta un peggioramento della situazione valetudinaria dal 7 aprile 2011 (inabilità del 33%) con successivo miglioramento dal 21 marzo 2009 (inabilità del 20%) e dal 19 aprile 2017 (inabilità dello 0%) che riguarda unicamente l'attività di impiegata di commercio con un mansionario non adeguato, mentre la situazione valetudinaria (piena abilità lavorativa in

attività adeguate) è rimasta invariata dal luglio 2009. Divergenze sussistono invece per quel che concerne la riduzione di rendimento nell'attività di impiegata di commercio, per la quale, come visto, l'assicurata ha beneficiato di provvedimenti professionale (riformazione). Il dr. med. _____ ritiene una riduzione di rendimento del 33% mentre il dr. _____ del 20%. Non va tuttavia dimenticato che entrambi hanno rimarcato che queste riduzioni valgono solo nella misura in cui dall'abituale mansionario risulta che le limitazioni esposte non possono essere rispettate. Con osservazioni del 27 ottobre 2017 e 9 gennaio 2018 l'assicurata ha prodotto della documentazione medica (doc. 309 e 314 inc. AI), valutata dal SMR con annotazioni del 24 gennaio 2018, alle quali va data adesione: " Per quanto concerne la corrispondenza ricevuta il 30 ottobre u.s., lo psichiatra Dr. _____ (12.10.2017) non esprime osservazioni particolari e ritiene la perizia bidisciplinare completa ed esaustiva. Il dermatologo, Dr. _____ (20.10.2017) giustifica una IL completa in attività abituale e prescrive misure d'igiene in altre attività senza specificare inabilità lavorativa. L'ortopedico Dr. _____ (23.10.2017) riporta le note limitazioni somatiche, di cui si tenuto conto nell'allestimento del rapporto SMR finale del 27.10.2017, senza aggiungere fatti nuovi rispettivamente modificazioni significative di fatti noti. Pertanto la presa di posizione finale del SMR del 27.10.2017 è tuttora valida." (doc. 316) Anche il rapporto 8 aprile 2018 della dr.ssa med. _____ del _____ di _____ è stato valutato dal SMR che rettamente non lo ha ritenuto rilevante essendo stata attestata un'esacerbazione algica alla spalla destra limitata nel tempo (cfr. annotazioni SMR 11 aprile 2018 doc. 328). Lo stesso dicasi dell'ultimo rapporto 16 luglio 2018 del dr. _____ prodotto con il ricorso in cui il sanitario sostiene "un netto peggioramento della situazione alla spalla destra, con aggravamento dei dolori e forte limitazione della mobilità", precisando che "attualmente è in atto un trattamento conservativo mediante fisioterapia e infiltrazione di cortisone" e valutando un'inabilità lavorativa del 70-80% (doc D). Oltre a non quantificare l'entità del peggioramento, egli non specifica in quale ambito lavorativo la sua valutazione fa riferimento. Inoltre, dalla nuova documentazione medica prodotta con lo scritto 20 agosto 2019 (cfr. consid. 1.5), quindi successiva alla decisione impugnata, non si evince una diversa situazione. In particolare nel rapporto del 3 luglio 2019 la Clinica _____ dell' _____ di _____ ha espressamente rilevato che dal confronto con il 2017 i reperti sono sostanzialmente rimasti invariati (XIII/3). Inoltre, rispetto al già menzionato rapporto finale 27 ottobre 2017 del SMR (doc. 308 inc. AI) anche la diagnosi di "sindrome algica paravertebrale destra alla transazione lombo-sacrale" posta nel rapporto 31 maggio 2019 del dr. _____ dell' _____ di _____ (XIII/4) non risulta essere nuova. In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze delle perizie _____, di quella reumatologica del dr. _____ e della perizia bidisciplinare dei dr. med. _____, _____ e _____, alle quali va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.4), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che la ricorrente dal luglio 2009 è pienamente abile in attività adeguate, questo anche per quel che concerne l'attività d'impiegata di commercio il cui mansionario non prevede movimenti ripetitivi con "le braccia staccate dal tronco", in particolare oltre il piano orizzontale, con la possibilità di

alternare la posizione al bisogno. Per il periodo precedente fanno riferimento le incapacità lavorative definite dall'assicuratore LAINF (100% dal 20 marzo 2007, 50% dal 1° ottobre 2008). Infine, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.6. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. Rettamente l'Ufficio AI ha considerato l'assicurata quale salariata a tempo pieno, poiché, senza il danno alla salute, negli anni 2008 e 2009 (corrispondenti al periodo di erogazione della rendita limitata nel tempo) avrebbe continuato la formazione professionale per un'attività al 100% nonostante la nascita dei figli (cfr. a tal riguardo gli scritti dell'assicurata all'amministrazione del 4 gennaio 2011 e del 29 settembre 2015, in doc. 171 e 235 inc. AI). Tuttavia, anche volendo considerare l'assicurata salariata all'80% e casalinga al 20%, così come risulta dall'inchiesta economica per casalinghe del 24 maggio 2015 (doc. 255 inc. AI; cfr. in tal senso anche lo scritto 1° dicembre 2015 in cui l'assicurata dichiara che senza il danno alla salute avrebbe ripreso l'attività lucrativa a tempo pieno dopo il compimento del sesto anno di età della figlia _____, ossia dopo il 2022; doc. 244 inc. AI), come si vedrà, l'esito non cambia (cfr. consid. 2.6.2). 2.6.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, 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, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del

26 gennaio 2011 consid. 3.2). In casu, come risulta dalla decisione contestata e diffusamente spiegato nella risposta di causa, lavorando l'assicurata quale odontotecnica al 100%, l'amministrazione ha rettamente preso in considerazione il salario desunto dalla tabella RSS TA1 Svizzera, categoria 85 (sanità e servizi sociali) di fr. 69'127.-- per l'anno 2008 e di fr. 70'585.-- per il 2009. Contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, l'Ufficio AI non ha preso in considerazione il reddito che percepiva da sana nel 2004 senza tener conto di alcun rincaro. Del resto l'Ufficio AI ha fatto riferimento ai dati salariali statistici, in primo luogo avendo l'assicurata lavorato per poco tempo come odontotecnica ed inoltre prima del danno alla salute ella si trovava in disoccupazione (cfr. doc. 12 inc. AI).

2.6.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, 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 un'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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del

E. 5

settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (cfr.

DTF 134 V 322; STF 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Ritornando al caso in esame, nel rapporto 18 maggio 2016, al cui tenore va fatto riferimento, il consulente IP ha elencato le diverse attività esigibili (doc. 253 inc. AI). Conformemente alla citata giurisprudenza, per il 2008 l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2008) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) per un salario mensile di fr. 4'202,84. Riportato tale dato su 41.6 ore di durata media lavorativa nel 2008, il dato statistico corrisponde a fr. 51'367,68 per un impiego a tempo pieno. Considerata un'abilità del 50%, riconosciuta una riduzione del 10% per attività leggere, l'amministrazione ha correttamente definito il reddito da invalida in fr. 25'683,84 per il 2008 (cfr. rapporto 6 ottobre 2017 del consulente IP in doc. 302 incarto AI). Raffrontato tale reddito con quello da valida (fr. 69'127.--) si ottiene un grado d'invalidità del 67% conferente il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita. Lo stesso risultato si ottiene anche considerando l'assicurata salariata all'80% e casalinga al 20% (con un grado d'incapacità del 40% come valutato dalla citata inchiesta economica per persone senza attività lucrativa). In applicazione del metodo misto ($80\% \times 67 + 20\% \times 40\%$) il grado d'invalidità globale corrisponde a 61,6%. Per il 2009, tenuto conto del succitato salario statistico adeguato a quell'anno, vista la piena abilità lavorativa dal luglio 2009, confermata la riduzione del 10%, l'Ufficio AI ha correttamente definito il reddito da invalida in fr. 47'206,25 (doc. 301 inc. AI). Dal raffronto con fr. 70'585.-- di reddito da valida si ottiene un grado d'invalidità del 33%. Anche applicando il metodo misto non risulta un grado d'invalidità pensionabile ($80\% \times 33 + 20\% \times 40\% = 34,4\%$). Di conseguenza, rettamente l'Ufficio AI ha posto l'assicurata al beneficio di una rendita intera dal 1° marzo 2007, ridotta a tre quarti dal 1° gennaio 2009 (tre mesi dopo il miglioramento della situazione valetudinaria ex art. 88a cpv. 1 OAI, corrispondente in casu alla riduzione, come visto, dell'inabilità lavorativa in attività adeguate dal 100% al 50% dal mese di ottobre 2008) con cessazione del diritto alla prestazione al 31 dicembre 2009 (tre mesi dopo il miglioramento, ossia dalla piena abilità lavorativa in attività adeguate a decorrere dal 14 luglio 2009). Ne consegue che, per quanto riguarda la rendita temporanea, il ricorso dev'essere respinto. 2.7. L'assicurata contesta inoltre la decisione dall'Ufficio AI di non concederle, in assenza del requisito dell'indigenza, l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio per la procedura amministrativa. Va ricordato che ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 LPGA durante la procedura amministrativa, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica; DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, ATSG Kommentar, 2015, ad art. 37, n. 35, pag. 530). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole e la concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria ex

art. 61 LPGA (Kieser, op. cit., ad art. 37, numeri dal 37 al43, pagg. 530-531). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 Ia 11ss.; DTF 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195, il coniuge o i genitori). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11ss.). Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetz gleich*, p. 165). Generalmente dal punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (cfr. RAMI 1996 N. U 254 pag. 209 consid. 2). In casu, dal certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria del 12 febbraio 2018 (sub doc. 318 inc. AI e doc. E) risulta che l'assicurata, divorziata con due figli nati dal primo matrimonio (rispettivamente di 22 e 20 anni), convive con _____ dal quale ha avuto quattro figli (rispettivamente di 10, 9,7 e 3 anni). Siccome la comunione domestica dell'assicurata è composta, come visto, dal convivente e da 6 figli, l'Ufficio AI ha correttamente tenuto conto dei redditi e delle uscite di entrambi. Infatti, conformemente la giurisprudenza, solo il debitore che vive in comunione familiare analoga a quella matrimoniale e da cui sono nati dei figli viene equiparato, per il calcolo del minimo vitale LEF, al debitore coniugato con conseguente considerazione di un minimo vitale più elevato, nel qual caso si deve tuttavia tener conto anche dell'insieme dei redditi percepiti dai due partner: DTF 130 III 765; sentenza CEF 15.2007.37 del 6 agosto 2007; sentenza CEF 15.2007.54 del 9 agosto 2007; DTF 124 III 52; STF del 22 gennaio 2004 nella causa X., 4P.261/2003 e ivi riferimenti; Guidicelli/Piccirilli, *Il pignoramento di redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese*, Agno 2002, pagg. 19s, 38, 79). Nella decisione contestata l'amministrazione ha esposto il calcolo per esaminare il presupposto dell'indigenza: " (...) Entrate: CHF 9'308.- /mese nell'anno 2015 (non disponiamo del dato 2018 ma presupponiamo che la situazione dichiarata sia equivalente all'attuale). Fabbisogno globale: - importo base per coppia convivente CHF 1'700.- + CHF 1'600.- per i figli (CHF 400.- x 4) = CHF 3'300.-; - con supplemento del 15%-25%; da CHF 495.- a CHF 825.- al mese; - pigione CHF 2'400.- al mese + ev. spese accessorie (tuttavia non comprovate) CHF 300.- al mese; - cassa malati obbligatoria CHF 1'394.- al mese; - spese professionali del convivente (v. decisione tassazione 2015): CHF 661.- al mese (CHF 7'928.-/12). Il fabbisogno mensile dell'assicurata varia da CHF 8'550.- fino a CHF 8'880.-. Le entrate risultano essere maggiori rispetto alle uscite di CHF 428.-/758.- al mese. La condizione di indigenza non è data." (doc. 330 pag. 4) La ricorrente fra l'altro rileva che nel succitato calcolo l'amministrazione non ha considerato gli alimenti che il suo convivente deve versare alla figlia di primo letto – pari a fr. 1'285.-- secondo quanto dichiarato nel citato certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria del 12 gennaio 2018, rispettivamente a fr. 918,20 come indicato nella sentenza di divorzio del 31 gennaio 2014; doc. F) – ciò che

porterebbe ad un ammanco di entrate, rispettivamente annullerebbe l'eccedenza di fr. 428.--/758.-- al mese. Tenuto conto che per determinare l'indigenza fa stato la situazione presente al momento della relativa decisione sull'assistenza giudiziaria, in casu il 12 luglio 2018, i citati alimenti vanno comunque computati quali uscite. Non possono essere computati, come sostenuto dall'Ufficio AI nelle osservazioni del 17 ottobre 2018, quale entrate gli alimenti (fr. 1'200.--) che l'assicurata riceveva dall'ex marito per il figlio _____ (nato il _____ 1998) – indicati nel primo certificato di ammissione dell'assistenza giudiziaria del giugno 2016 (doc. 268 inc. AI) ma non in quello del 12 febbraio 2018 – poiché oramai divenuto maggiorenne e quindi non più beneficiario di tale prestazione. In sede di risposta l'Ufficio AI, viste le uscite per alimenti non considerati nel succitato calcolo del fabbisogno minimo, ha chiesto un aggiornamento al 2018 (corrispondente all'anno della decisione contestata con la quale è stato esaminato lo stato di bisogno dell'istante) delle entrate da attività lucrativa del convivente dell'assicurata. L'amministrazione rileva infatti di aver preso in considerazione quelle del 2015 (ultima tassazione disponibile) e presunto, a favore dell'assicurata, che il reddito fosse rimasto invariato, precisando inoltre come a quel momento l'aggiornamento fosse irrilevante poiché le entrate risultavano superiori alle uscite. In data 27 luglio 2019 questo TCA ha chiesto all'assicurata, tramite il suo legale, “ di documentare i redditi da attività lucrativa del convivente della sua assistita aggiornati al 2018 ed al 2019 (ad esempio: se dipendente, i relativi certificati di salario; se indipendente, la notifica di tassazione, se non ancora intimata, la relativa dichiarazione fiscale) , nonché le spese accessorie al contratto di affitto di fr. 300.--“ (X). Con scritto 20 agosto 2019 l'avv. RA 1 ha fra l'altro inoltrato una dichiarazione del signor _____, convivente dell'assicurata: " (...) informo che la dichiarazione fiscale 2018 non è ancora pronta; posso però informare che la situazione salariale è invariata a quanto già comunicato a suo tempo, con l'eccezione che per il 2018 ho percepito un bonus per ca. CHF 36'000.- /netti per quanto fornito in 10 anni. Tengo inoltre a rammentare che tutto confluisce al mantenimento della famiglia e ricordo che nei redditi da lavoro è inclusa la somma di CHF 9'600,- che riguarda gli assegni dei nostri quattro figli, come pure non sono da dimenticare gli obblighi alimentari, il tutto come già discusso in precedenza.” (XIII) Orbene, ammesso che il reddito da attività lucrativa sia rimasto invariato rispetto al 2015, a ragione nelle osservazioni 6 settembre 2019 l'Ufficio AI ha evidenziato che il bonus di fr. 36'000.-- percepito nel 2018 supera lungamente le uscite per gli alimenti che il signor _____ deve versare alla figlia di primo letto di fr. 981,20 mensili (fr. 11'774,40 all'anno), alimenti che l'amministrazione non aveva considerato nel succitato calcolo. Il bonus compensa pure le maggiori spese accessorie ora documentate di fr. 6'3447,74 (fr. 5'727.-- come da riepilogo + spese indicate di fr. 180.-- per lo spazzacamino e fr. 440.--, doc. XIII/2) rispetto ai fr. 3'600.-- (fr. 300.-- al mese) computati dall'amministrazione. In queste circostanze l'indigenza non è data, motivo per cui rettamente l'Ufficio AI ha rigettato l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo. Anche su questo punto il ricorso va respinto. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'UAI nella misura di fr. 100.-- e della ricorrente nella misura di fr. 400.--. L'insorgente ha tuttavia postulato l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). 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. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. A norma dell'art. 3 cpv. 1 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 (e 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nel caso concreto, non vi è alcun motivo per ammettere una rilevante diversa situazione economica rispetto allo stato di bisogno esposto al considerando precedente. Ne consegue che, come per la procedura dinanzi all'Ufficio AI, anche per la presente procedura ricorsuale il presupposto dell'indigenza non è dato. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere così respinta.

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