

## **TI\_GERICHTE 32.2018.203 vom 22. Oktober 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-10-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.203)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.203 du 22 octobre 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.203 del 22 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/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). 2.6. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con 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 in seguito (cfr. STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.). 2.7. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 22 maggio 2018, poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti. 2.7.1 In primo luogo l'assicurata censura che nonostante la sua esplicita richiesta l'Ufficio AI non ha inserito nella perizia pluridisciplinare anche una valutazione ortopedica. Dagli atti risulta che una prima richiesta di una valutazione ortopedica è stata fatta dal legale dell'assicurata con scritto 24 marzo 2017 (doc. 104 inc. AI). In risposta, il 9 ottobre 2017 l'Ufficio AI lo ha informato che veniva annullato il previsto accertamento reumatologico del dr. med. \_\_\_\_\_ per espletare una perizia pluridisciplinare comprendente la medicina interna, la reumatologia, la psichiatria, la gastroenterologia e la neurologia, avvertendo inoltre che in assenza di un'opposizione entro 12 giorni avrebbero incaricato il centro peritale (doc. 116 inc. AI). Con lettera 20 ottobre 2017 la ricorrente, sempre per il tramite del proprio legale, ha chiesto che la perizia pluridisciplinare tenesse conto delle linee guida per la valutazione reumatologica e psichiatrica, formulando inoltre una domanda da porre ai periti (doc. 122 inc. AI). N'è seguita la comunicazione 6 novembre 2017 dell'Ufficio AI comprendente i nominativi degli specialisti in medicina intera, gastrologia, neurologia, psichiatria e psicoterapia,

reumatologia (doc. 124 inc. AI). Con lettere 7 novembre 2017 e 27 novembre 2017 (pag. 462 e 472 inc. AI) la richiesta di includere uno specialista in ortopedia è stata ribadita dall'assicurata, ma respinta dall'Ufficio AI il 22 novembre 2017 (pag. 463 inc. AI) e il 29 novembre 2017 (pag. 472). In quest'ultimo scritto l'amministrazione ha rilevato che la lettera del 20 novembre 2017 era da considerare tardiva, essendo giunta l'8 novembre 2017 ossia oltre i 12 giorni dalla comunicazione del 9 ottobre 2017. Il 30 novembre 2017 l'avv. RA 1 ha chiesto all'Ufficio AI di emettere una decisione formale sul rifiuto di inglobare nella perizia \_\_\_\_\_ uno specialista in ortopedia (pag. 473). Di transenna, in sede di risposta di causa l'amministrazione ha evidenziato che l'assicurata si è lo stesso presentata alle visite peritali previste nel gennaio 2018 e che il suo legale non ha sollecitato l'emissione di una decisione formale in merito all'inclusione o meno di un ortopedico nella perizia \_\_\_\_\_. L'Ufficio AI conclude che per atti concludenti l'assicurata ha accettato di sottoporsi alla perizia pluridisciplinare alle condizioni fissate dal \_\_\_\_\_, ritenendo " a giusta ragione, di non dover più emanare la decisione in questione, essendo divenuta la richiesta della stessa priva di oggetto" (pag. 5 della risposta). L'assicurata contesta tale conclusione, ribadendo la necessità di una valutazione ortopedica. Ora, a prescindere dalla conclusione a cui è giunta l'amministrazione, la scelta di quest'ultima di includere nella perizia pluridisciplinare uno specialista in reumatologia ma non in ortopedia risulta condivisibile. Dagli atti risulta in effetti che l'assicurata, a seguito del trauma distorsivo del maggio 2011 al piede destro, è stata visita più volte da specialisti in ortopedia generale come pure della mano (cfr. a tale riguardo STCA 35.2015.51 e riassunto atti della perizia \_\_\_\_\_). In merito alle competenze di un medico specialista in reumatologia rispetto a uno specialista in ortopedia, il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009 ha già avuto modo di sottolineare, che " come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata " (cfr. RtiD 2010 II pag. 208 [9C\_965/2008] consid. 4). Va comunque fatto presente che nelle annotazioni 8 novembre 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR ha correttamente evidenziato: " (...) Si rammenta che secondo la giurisprudenza il reumatologo – anche se non ha una specializzazione in ortopedia – per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo le affezioni all'apparato osteo-articolare (cfr. STF 9C\_54712010 consid. 4.1). Le affezioni degenerative all'apparato locomotore sono quindi sia di competenza reumatologica sia di competenza chirurgica. Posto quindi che i due specialisti sono entrambi competenti nella diagnostica di simili affezioni e possono entrambi apprezzare le ripercussioni del danno alla salute sulla capacità lavorativa, incaricare entrambi equivarrebbe ad una seconda opinione non ammessa nel diritto assicurativo." (pag. 448 inc. AI) In tal senso nella STCA 32.2011.214 questa Corte aveva concluso che anche se non ha una specializzazione in ortopedia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico (vedi anche STF 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2010). In casu, il 29 novembre 2017 l'Ufficio AI ha fatto presente all'avv. RA 1 che: " (...) con riferimento al suo ulteriore scritto raccomandato del 27.11.2017, sempre inerente alla richiesta d'aggiunta della disciplina ortopedia, osserviamo che dal punto di vista medico la presa di posizione resta invariata. Lo scopo ultimo dell'accertamento pluridisciplinare è di valutare le ripercussioni delle patologie sulla capacità lavorativa e definire limiti funzionali ed eventuali risorse residue da attivare. Non si intende vagliare, per l'affezione all'apparato osteo-articolare, opzioni

terapeutiche chirurgiche ortopediche. (...) (pag. 492 inc. AI) Inoltre il \_\_\_\_\_ non ha ritenuto necessario procedere ad una valutazione ortopedica. Anzi, nello scritto 18 gennaio 2019 dello stesso, in cui è stata valutata la documentazione medica inoltrata (tardivamente) dall'assicurata con scritto 18 ottobre 2018, ha ribadito che: "per quel che concerne la contestazione da parte del rappresentante legale sul fatto che l'A. non sia stata valutata da un ortopedico, un medico specialista in reumatologia sia un professionista con le richieste competenze per valutare in ambito peritale i limiti funzionali che un'A. possa presentare a seguito di una problematica a carico dell'apparato osteo-muscolare" (XII). Nelle osservazioni 5 febbraio 2019 l'assicurata sostiene che il dr. med. \_\_\_\_\_, oltre agli altri specialista, non si sono opposti ad una valutazione ortopedia (XIV). A prescindere dal fatto che solo il perito gastroenterologo espressamente non si è opposto "a che si chieda il parere di un specialista in ortopedia" (scritto 8 gennaio 2019 allegato alle succitate osservazioni 18 gennaio 2019 del \_\_\_\_\_; XII/3), ciò non significa che, come spiegato sopra, tale valutazione sia necessaria.

2.7.2. Per quel che concerne la perizia reumatologica, dal rapporto 17 gennaio 2018 si evince che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha effettuato l'anamnesi (punto no. 1 della perizia), riportato i dati soggettivi dell'assicurata (punto no. 2), proceduto allo status reumatologico (punto no. 3.1), elencato i vari reperti presenti agli atti e valutati (punto no. 3.2). Quale diagnosi con ripercussione sulla capacità egli ha posto una sindrome fibromialgica con emisindrome dolorosa destra (punto no. 4.1), valutando non invalidante l'iniziale artrosi a livello dell'articolazione tra il III cuneiforme e la base del III metatarso del piede destro, nonché sperone calcaneare a destra e stato dopo trauma distorsivo della caviglia destra occorso il 3 maggio 2011 (punto no. 4.2). Egli ha poi proceduto ad un'approfondita valutazione (doc. 5), rilevando: "(...) Valutata sia da parte di medici generici sia da vari specialisti ortopedici, il decorso comunque stato particolarmente sfavorevole. Sono infatti persistiti dei dolori molto intensi alla caviglia e al piede destro che nel decorso hanno mostrato un'estensione della sintomatologia lungo dapprima la gamba destra fino al ginocchio e al polpaccio ma poi salendo fino all'anca e interessando praticamente tutto l'emicorpo destro. In associazione si sono intensificate delle importanti cefalee a carattere emicranico sul lato destro. Sono subentrati degli episodi di addormentamento di tutto l'emicorpo di destra. I vari specialisti che hanno visitato l'assicurata per quanto riguarda la problematica distorsiva della caviglia destra hanno avuto un atteggiamento non di univoca interpretazione dei disturbi. Da una parte si segnala una problematica soprattutto di tipo tendinopatico inserzionale, di fascite plantare, di sperone calcaneare, di distorsione della caviglia. Da alcuni specialisti viene evidenziata soprattutto la problematica degenerativa artrosica a livello dell'articolazione fra il III cuneiforme e la base del III metatarso. Il PD Dr. med. \_\_\_\_\_ non esclude una possibile microfrattura alla base dell'osso metatarsale II. Frattura non evidenziata da nessuno degli altri ortopedici che l'hanno visitata e neppure dai radiologi che hanno eseguito le varie indagini radiologiche sia di tipo convenzionale, la TAC come pure la RM. Sicuramente non è la problematica post-traumatica a essere invalidante ma soprattutto la sintomatologia dolorosa diffusa, questa va interpretata nell'ambito di un quadro fibromialgico con un'emisindrome dolorosa a destra. Sia i dati soggettivi che l'aspetto clinico vanno oltre a una semplice problematica di tipo fibromialgico e si può sospettare una sindrome da dolore cronicosomatoforme. In questo senso sarebbe opportuna una valutazione in ambito psichiatrico. L'evoluzione del dolore non rispecchia una ipotetica microfrattura alla base del II metatarso. Pure nel caso di una evoluzione naturale della problematica, senza terapia specifica, è da attendersi la scomparsa dei disturbi entro 3 mesi dall'infortunio con

guarigione tramite callo osseo. L'assicurata ha accusato dolori diffusi al piede non localizzati al presunto luogo di frattura e non ha migliorato a nessuna terapia intrapresa. (...)” (pag. 631 inc. AI) Elencate le limitazioni funzionali (punto no. 5.1), ha ritenuto in merito alla capacità lavorativa: " (...) 5.2 Incapacità lavorativa nell'ultima attività professionale svolta Ritengo l'assicurata inabile al lavoro nella forma del 20% nell'ultima attività professionale svolta e questo al più tardi dopo l'ultimo apprezzamento medico da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 09.04.2015. Antecedentemente fanno stato le incapacità lavorative determinate dai medici curanti. Si tratta di una riduzione del rendimento. Per quanto riguarda l'attività di casalinga la ritengo abile al lavoro da sempre nella forma completa. Si tratta di un'economia domestica di una sola persona e di 2 locali. 5.3 Capacità lavorativa residua in un'attività lavorativa adatta Tenendo in considerazione i dolori a carattere diffuso e le problematiche di stanchezza cronica, di disturbi del sonno, di affaticamento rapido ritengo che l'assicurata presenti una capacità lavorativa dell'80%. Anche in un'attività lavorativa adatta vi è un'incapacità lavorativa del 20% come riduzione del rendimento. Segnalo in questa assicurata una certa tendenza all'aggravazione della sintomatologia con un atteggiamento di tipo dimostrativo nella deambulazione con una zoppia che si manifesta soprattutto durante la visita e scompare poi quando l'assicurata cammina normalmente. Segnalo anche un certo atteggiamento di tipo difensivo. L'assicurata ha un chiaro risentimento verso tutti i medici curanti che non hanno potuto individuare le presunte gravi lesioni presenti al suo piede. Lesioni che hanno poi portato allo sviluppo di tutti i disturbi attualmente risentiti. Un reinserimento professionale sarà molto difficile vista la cronicità dei dolori. Dal punto di vista reumatologico senz'altro possibile. Non vi sono rischi per la salute in un'eventuale attività professionale da svolgere in piedi per le sole patologie a livello della caviglia e del ginocchio destro. La perdita di tutte le occupazioni anche di tipo parziale nel passare di questi anni complica il reinserimento così come il fatto che l'assicurata non abbia una qualifica professionale. (...)” (pag. 632 inc. AI) Ha escluso la possibilità di migliorare le condizioni di salute dell'assicurata con approcci di tipo terapeutico sia conservativo che invasivo, ritenendo assolutamente controindicato un intervento chirurgico a livello del piede destro come postulato da alcuni suoi colleghi (punto no. 6). Il perito ha infine risposto alla domanda posta dal legale dell'assicurata (punto no. 7). Sostanzialmente l'unico punto contestato è la risposta data dal perito alla domanda supplementare posta dal legale dell'assicurata, ossia: " (...) Dicano i periti se la situazione riscontrata anche tramite il Dott. Med. \_\_\_\_\_ è nel frattempo peggiorata tanto dal punto di vista fisico che psichico; segnatamente, se il lungo tempo trascorso con diverse problematiche con l'Ufficio del sostegno sociale per l'assistenza, l'Ufficio degli stranieri ed il Servizio dei ricorsi del Consiglio di Stato per il permesso di soggiorno, la \_\_\_\_\_ per i differenti infortuni e l'Ufficio AI non ha notevolmente ed oggettivamente peggiorato una già delicata situazione con forte influsso sulla capacità lavorativa. (...)” (pag. 616 inc. AI) Questa la risposta del perito reumatologo: " (...) Per quanto riguarda il fatto che l'assicurata sia stata vittima di un pregiudizio, non essendo stata rilevata un'eventuale lesione di tipo ossea penso che difficilmente si possa dimostrare in modo evidente che vi sia stata una lesione ossea significativa. Una piccola infrazione come descritta dal PD Dr. med. \_\_\_\_\_ avrebbe avuto un decorso sicuramente non di questo tipo. Vi sarebbe stata una guarigione e la scomparsa dei disturbi, accusati dall'assicurata, in pochi mesi. Ricordo a questo proposito che nessuno degli altri ortopedici e neppure i radiologici che hanno valutato queste radiografie, sia convenzionali che di risonanza magnetica e di TAC hanno mai evidenziato delle fratture ossee. Alle

indagini radiologiche attuali nessun callo osseo evidenziato. Il fatto di aver interpellato così tanti medici, anche all'estero, ha naturalmente complicato il decorso con tutta una serie di pareri contrastanti uno dall'altro che non hanno facilitato l'assicurata nella sua valutazione globale della problematica di cui soffre. Il decorso stato caratterizzato dallo sviluppo di un'emisindrome dolorosa a destra da riferire alla problematica fibromialgica e non tanto all'episodio traumatico in se." (pag. 633 inc. AI) Riguardo al citato dr. med. \_\_\_\_\_, l'assicurata fa riferimento al rapporto del 1° dicembre 2014, già esaminato dal STCA nella causa LAINF, il quale "ha sostenuto che i reperti risultanti dalla TAC del luglio 2011 e dalla RMN del dicembre 2012 consentono di ammettere, perlomeno a titolo di sospetto ("zumindest verdachtsmässig"), una frattura alla base dell'osso metatarsale II (cfr. doc. 137)" (STCA 35.2015.51 pag. 10). Orbene, questo Tribunale non ha alcun motivo per non aderire alla succitata risposta data del perito reumatologo, come pure riguardo alla valutazione peritale. Che, come rilevato nel ricorso, l'assicurata abbia subito un pregiudizio al piede infortunato, nessuno lo mette in dubbio. Dubbi sono stati espressi invece da parte del perito reumatologo sull'origine della sintomatologia all'arto inferiore in questione. Determinante è tuttavia che lo stesso perito ha proceduto ad un'accurata visita e a valutazione globale, valutazione che non è stata smentita da alcun atto medico, nemmeno da quanto prodotto in sede ricorsuale (cfr. consid. 2.8). 2.7.3. In merito alla valutazione psichiatrica, nel rapporto 25 gennaio 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_, riportata la consueta anamnesi, i disturbi riferiti dall'assicurata, descritto lo svolgimento della giornata, tenuto conto della passata terapia psichiatrica, ha definito lo status psichico secondo i criteri AMDP. Egli ha proceduto alla seguente valutazione: "(...) Trattasi di una donna 50 enne, dallo sviluppo psicomotorio nella norma. Dopo aver conseguito le scuole dell'obbligo senza apparenti difficoltà, si dedica alla crescita dei fratelli e collabora alla gestione della famiglia numerosa. Anche sul piano affettivo non si segnalano problematiche; intrattiene relazioni di qualità e soddisfacenti sia in ambito familiare, sia con gli amici. Purtroppo nel 2011, In seguito alla problematica infortunistica, con l'evoluzione ben descritta nei vostri atti, sviluppa una sintomatologia reattiva ansioso-depressiva. L'assicurata avrà in diverse occasioni la sensazione di non essere compresa, a tratti si sentirà anche ingannata. In quel periodo insorgeranno anche sentimenti di impotenza e timori per il proprio futuro (pare che abbia rischiato di essere espulsa). Fortunatamente dopo l'intervento e grazie all'aiuto di suo cognato, ottiene il riconoscimento prima sul piano clinico e poi sul piano giuridico. Lentamente i sintomi si sono riassorbiti, lasciando lo spazio per un'elaborazione di quanto accaduto e anche per la riflessione su alcuni progetti futuri. Non ravviso oggi una sintomatologia tale da inficiare le prestazioni professionali. Ritengo dunque l'assicurata pienamente abile al lavoro dal profilo strettamente psichiatrico. (...)” (pag. 638 inc. AI) In merito all'evoluzione della riduzione della capacità lavorativa, lo specialista ha precisato: "(...) Ritengo che allo stato attuale non vi sia nessuna riduzione delle capacità lavorative, mentre è presumibile che nel periodo susseguente l'infortunio abbia avuto un calo delle prestazioni professionali in conseguenza della sintomatologia psichiatrica. Dalla fine del 2013 (momento in cui l'Avvocato ottiene la riapertura del caso) e soprattutto dal mese di febbraio 2014 (momento in cui il PD Dr. med. \_\_\_\_\_, rilascia il suo rapporto medico con la richiesta di riapertura dell'infortunio), l'assicurata ha progressivamente recuperato un discreto equilibrio, vivendo finalmente il riconoscimento della sua sofferenza. Oggi rimane comunque impossibile una determinazione esatta dell'influenza sulle capacità lavorative della sintomatologia presentata nel 2012/2013, mancando di elementi anamnestici chiari (nessun certificato specialistico, nessuna terapia riferita, ecc.). (...)” (pag. 639-640 inc. AI)

Per questi motivi egli ha ritenuto l'assicurata totalmente abile in tutte le attività. Riguardo alla domanda supplementare (cfr. consid. 2.7.2), lo specialista ha risposto che: "(...) Per ciò che concerne il quesito posto dall'Avvocato RA 1, ritengo che l'assicurata abbia elaborato e superato completamente la difficile situazione creatasi in conseguenza dell'infortunio e delle vicende susseguenti. Al momento dunque non ravviso nessuna conseguenza sul piano psicopatologico." (pag. 644 inc. AI) In sede di ricorso l'assicurata sostiene che la perizia non adempie i requisiti posti dalla giurisprudenza (DTF 141 V 281) in merito all'accertamento dei dolori somatoformi persistenti, in particolare non ha proceduto agli indicatori (cfr. consid. 2.6). Orbene, va fatto presente che il perito non ha riscontrato alcuna patologia psichiatra e tantomeno risulta che attualmente l'assicurata segua una terapia psichiatrica. In merito alla terapia, nella perizia si legge: "(...) L'assicurata si è rivolta nel 2012, per un paio di visite specialistiche, al Dr. Med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia. Ancora nel 2015, in concomitanza con la morte del fratello, si sarebbe recata ancora dal Dr. \_\_\_\_\_ ma solo in un'unica occasione. Di fatto riferisce di non sentirne il bisogno. Allo stato attuale riferisce di assumere al bisogno xanax 1mg. la sera e redormine 500mg. la sera. (...)" (pag. 637 inc. AI) Solo nel rapporto 18 luglio 2018 dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, Servizio di medicina interna, tra le diagnosi è stata posta una sindrome ansioso-depressiva ma senza alcuna indicazione sulla capacità lavorativa (pag. 691 inc. AI), ciò che non costituisce sufficiente indizio per l'esistenza di un danno alla salute psichica. Nel successivo rapporto 9 aprile 2019 dello stesso nosocomio, quindi dopo la decisione contestata, viene indicata una sindrome ansioso-depressiva in trattamento (XVI/M), circostanza che non può essere presa in considerazione nel presente giudizio. Infatti, per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii). 2.7.4. Dal punto di vista neurologico e gastroenterologico, come detto, con i rapporti 17 gennaio 2018 e 21 gennaio 2018 i periti dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, non hanno riscontrato alcuna inabilità lavorativa. L'unico appunto a loro rivolto dall'assicurata è che alla domanda supplementare i periti, ritenendo come la stessa concerna aspetti reumatologici e psichiatrici, hanno affermato di non poter dare risposta (pagg. 616 e 619). A ragione, poiché quanto esposto non concerne la loro specialità. Inoltre, non era del resto necessaria, come sostenuto dall'assicurata, una risposta globale, ritenuto come già in sede di valutazione i periti specialisti hanno valutato l'evoluzione delle affezioni dell'assicurata. 2.7.5 Dal punto di vista globale, ritenuto come l'unica patologia invalidante è quella reumatologica, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del 22 ottobre 2018, confermata dal SMR (cfr. doc. 41 e 103 inc. AI), alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona 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), come l'assicurata sia inabile al 20% da aprile 2015, con una totale inabilità dal 16 maggio 2011 (data dell'infortunio) ridotta al 50% dal 4 luglio 2011 ed allo 0% dal 17 ottobre 2011. 2.8. Va poi fatto presente che nemmeno la documentazione medica allegata alle osservazioni (tardive) 18 ottobre 2018 (cfr. consid. 1.5) e quella prodotta pendente causa è

atta a modificare la valutazione medico-teorica posta a fondamento della decisione contestata. 2.8.1. Con le già citate osservazioni 18 ottobre 2018 il legale della ricorrente ha prodotto il rapporto 18 luglio 2018 dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ concernente la degenza della sua cliente dall'11 luglio 2018 al 18 luglio 2018 (pagg. 691 e 692 inc. AI). Tale rapporto, unitamente al ricorso, è stato inviato dall'Ufficio AI al \_\_\_\_\_, il quale a sua volta li ha trasmessi ai periti specialisti per una presa di posizione. Allegando le singole risposte dei specialisti, che ribadiscono le loro valutazioni peritali, con rapporto 18 gennaio 2019 il \_\_\_\_\_ ha confermato la perizia pluridisciplinare (XII). In particolare il 21 dicembre 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_, ricordando come dall'esame neurologico eseguito in sede peritale era "normale senza deficit riferibili a lesioni delle strutture nervose", esaminato il succitato rapporto, ha concluso che gli esami e le diagnosi citate "non hanno messo in evidenza reperti che portino a modificare la valutazione del gennaio 2018. In particolare la RM lombare, pur avendo mostrato una focalità erniaria a destra, senza altri oggettivi clinici non è sufficiente per ritenere che vi siano state modifiche della situazione neurologica. In effetti nelle diagnosi si parla di sindrome lombospondilogeno a sinistra non deficitaria, cioè senza deficit oggettivi neurologici e ciò porta contro una compromissione di una radice lombare" (XXII/2). Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, con rapporto del 9 gennaio 2019, sostiene come il succitato rapporto non modifica la sua precedente valutazione. Egli in particolare rileva come "dai dati radiologici, alla colonna cervicale non si erano riscontrate patologie di rilievo, mentre per quanto riguarda la colonna lombare, vi è una discopatia L5/S1 con descritta focalità erniaria, ma dalla diagnosi si evince l'assenza di compressioni o irritazioni radicolari o di reperti deficitari sensitivo motorici", come riscontrato nella valutazione del 17 gennaio 2018 (sottolineatura del redattore; XII/4). Alle succitate spiegazioni va prestata adesione. 2.8.2. Pendente causa, la ricorrente ha prodotto il rapporto 9 maggio 2019 del \_\_\_\_\_ (Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) dove, sulla base del recente esame ENMG, viene evidenziata per la prima volta una lieve sindrome radicolare L5 a destra, con indicazione di un intervento chirurgico (XX/1). A tal riguardo, questo TCA concorda con il SMR che sostiene che la succitata nuova documentazione "sarà meritevole di un approfondimento per verificare se ci troviamo di fronte ad un peggioramento delle condizioni generali di salute e dello stato funzionale, ma in ogni modo essendo posteriore alle nostre prese di posizione assunte nel recente passato, non le muta" (cfr. annotazioni del 14 giugno 2019, XXII). Trattandosi, di una situazione successiva all'emissione della decisione contestata (22 ottobre 2018), la stessa non è rilevante ai fini del giudizio. Va ricordato che, come rettamente evidenziato nelle osservazioni 23 luglio 2019 dall'Ufficio AI (XXVII), nel complemento peritale del 9 gennaio 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ aveva confermato "l'assenza di compressioni o irritazioni radicolari o di reperti deficitari sensitivo motorici" (sottolineatura del redattore) e pertanto la lieve sindrome radicolare L5 a destra riscontrata successivamente alla decisione contestata (secondo giurisprudenza la decisione contestata delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V consid. 1.2) sarà oggetto di un'eventuale nuova domanda di prestazioni. Nondimeno va rilevato che il decorso dell'intervento chirurgico (decompressione bilaterale per una radicolopatia S1 bilaterale) eseguito il 26 giugno 2019 ha avuto esito favorevole, così come risulta dal rapporto 6 agosto 2019 il dr. med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (XXIX), circostanza che potrebbe aver avuto un riscontro positivo sul grado di abilità lavorativa. 2.9. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il

cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.9.1. 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, l'amministrazione ha preso in considerazione il salario desunto dalla tabella RSS TA1 Svizzera, categoria 96 (altre attività di servizi personali), stato 2014, livello no. (attività semplici e ripetitive), per complessivi fr. 47'644.-- (adeguato al 2016). Tale risultato non è stato contestato. 2.9.2. 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 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).

2.9.2.1. Ritornando al caso in esame l'assicurata sostiene di dover essere posta al beneficio di provvedimenti professionali, dopo un accertamento della sua effettiva capacità lavorativa presso il Centro di accertamento professionale di \_\_\_\_\_ . Al riguardo va rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Orbene, nel rapporto 10 agosto 2018 (doc. 160 inc. AI) il consulente IP ha riassunto l'iter scolastico e professionale ("scuole dell'obbligo, lavora poi come fiorista ed addetta ai vivai e poi come cameriera ai piani e in seguito come aiuto cucina, lavora come addetta alle pulizie, lavoro che svolge fino al 2017") ed i limiti funzionali ("carico massimo di 10 kg, alternanza della postura al bisogno, necessità di pause supplementari, stanchezza cronica, affaticamento rapido, disturbo del sonno, dolori a carattere diffuso"). Ha poi proceduto alla valutazione della reintegrabilità nell'abituale attività e delle attività esigibili, escludendo una riformazione professionale specifica: "(...) Attività abituale. In alternativa, in base ai limiti funzionali descritti, si ritiene che l'A. possa accedere ad un mercato sufficientemente ampio di attività semplici e ripetitive, si tratta di attività che non richiedono una preparazione professionale o di una formazione specifica, ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro. A titolo puramente di esempio, l'A. potrebbe svolgere professioni come: imballaggio e controllo in una fabbrica, aiuto amministrativo, vendita presso una stazione di benzina, ... (...)" (pag. 663 inc. AI) Il consulente ha poi concluso: "(...) Non si entra nel merito di provvedimenti di lunga durata. Si può restare a disposizione per finanziare un periodo di introduzione al lavoro "mini riquifica pratica ad hoc" della durata di 3-6 mesi (da stabilire dettagliatamente in presenza di un concreto posto di lavoro), qualora vi fosse un posto vacante ed un tale provvedimento potesse consentire un sensibile aumento della capacità di guadagno. (...)" (pag. 663 inc. AI) Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete,

all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017, consid. 4.1 che conferma la DTF 110 V 273, consid. 4b pag. 276). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 pag. 347). Ciò non è il caso se – ipotesi non realizzata nella fattispecie – l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (STF 9C\_277/2016 del 15 marzo 2017; ZAK 1989 pag. 322 consid. 4a). In concreto questo Tribunale, pur comprendendo le difficoltà nel reperire un'occupazione vista la problematica fibromialgica di cui è affetta l'assicurata, ritiene che il ventaglio di attività esigibili è da ritenere ampio visto che, anche nel caso di specie, nel mercato generale del lavoro esistono delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, aperte a personale non qualificato o semi qualificato (le attività adeguate entranti in linea di conto - ISS, livello di qualifica 4 fino alla TA1 2010, poi divenuto livello 1 con la TA1 2012, semplici e ripetitive - non richiedono difatti né un'esperienza professionale diversificata né un grado di istruzione particolare; cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 Infine, nelle osservazioni 5 febbraio 2019 (XIV) l'assicurata sostiene che con lo scritto 23 gennaio 2019 l'Ufficio AI non si è opposto alla richiesta formulata in sede di ricorso di un accertamento professionale presso il Centro di \_\_\_\_\_. Tuttavia, in quello scritto l'amministrazione non ha preso posizione in merito, poiché, come confermato in sede di risposta di causa, ha ritenuto esaustiva la valutazione 10 agosto 2018 del consulente in integrazione professionale (XII). 2.9.2.2. In merito alla determinazione del reddito da invalida, conformemente alla citata giurisprudenza, 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 41.7 ore di durata media lavorativa, il dato statistico corrisponde a fr. 54'355,67 per un impiego a tempo pieno. Considerata un'abilità dell'80%, riconosciuta una riduzione del 10% per attività leggere, l'amministrazione ha correttamente definito il reddito da invalida in fr. 39'136.-- (cfr. rapporto 26 giugno 2018 del consulente IP in doc. 157 incarto AI). 2.9.3. Dal raffronto dei redditi si ottiene un grado d'invalidità del 18% che non conferisce il diritto ad una rendita. Ritenuto l'ampio scarto percentuale per raggiungere il minimo pensionabile del 40%, anche volendo, per ipotesi di lavoro, riconoscere

un'ulteriore 10% di riduzione del reddito da invalida e volendo aggiornare i dati al 2018, anno della decisione contestata, il risultato finale non cambierebbe. Di conseguenza, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurata. Ne consegue che il ricorso dev'essere respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al 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.- andrebbero poste a carico della ricorrente, la quale tuttavia ha postulato l'assistenza giudiziaria gratuita con gratuito patrocinio. 2.11. 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. 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, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dai relativi documenti allegati risulta che la ricorrente, nubile e senza attività lucrativa, percepisce delle prestazioni dall'assistenza sociali (V). L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere considerato privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA I 569/02 del 15 luglio 2003 consid. 5; U 234/00 del 23 maggio 2002 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).

## **E. 12**

dicembre 2019

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Marco Bischof, vicecancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 22 novembre 2018 di

RI 1

contro

la decisione del 22 ottobre 2018 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

1.1. RI 1, classe 1968, da ultimo ausiliaria di pulizie, nell'agosto 2012 ha inoltrato all'Ufficio AI una richiesta di prestazioni AI a seguito di un infortunio al piede destro occorso il 3 maggio 2011, respinta con decisione del 12 marzo 2013, debitamente preavvisata (doc. 29 inc. AI). La decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

1.2. Con scritto 14 novembre 2013 l'assicurata, patrocinata dall'avv. RA 1, facendo presente problemi procedurali (da lui definiti un "pasticcio" procedurale) con la \_\_\_\_\_ che ha preso a carico l'evento infortunistico del 3 maggio 2011, ha chiesto all'Ufficio AI di riaprire la procedura (doc. 35 inc. AI).

Avendo il 4 marzo 2014 il legale dell'assicurata prodotto il rapporto 12 febbraio 2014 della visita presso la \_\_\_\_\_ (doc. 36 inc. AI), l'Ufficio AI ha inviato il formulario di richiesta di prestazioni, compilato dall'interessata il 1° aprile 2014 (doc. 42 inc. AI). Con scritto dello stesso giorno l'avv. RA 1 ha postulato che la domanda venisse considerata quale domanda di revisione della decisione 12 marzo 2013, ritenendo che a suo tempo l'amministrazione non aveva tenuto conto degli esiti infortunistici (doc. 41 inc. AI).

Nel corso dell'istruttoria, con scritto 16 luglio 2014 l'avv. RA 1 ha formulato istanza di gratuito patrocinio per la procedura amministrativa (doc. 59 inc. AI). Sollecitato a prendere posizione in merito, con decisione formale 7 giugno 2017 l'Ufficio AI ha respinto la richiesta (doc. 111 inc. AI). In accoglimento del ricorso, con sentenza 32.2017.106 del 30 gennaio 2018 il TCA, annullando la succitata decisione, ha posto l'assicurata al beneficio del gratuito patrocinio per la procedura amministrativa a partire dall'emissione del progetto di decisione del 25 novembre 2016.

Esperiti ulteriori accertamenti di natura medica ed amministrativa (doc. 62-92 inc. AI) e ricevute diverse comunicazioni e documentazione da parte del patrocinatore dell'assicurata (doc. 63, 66, 67, 72, 75, 87, 91 inc. AI), con progetto di decisione del 25 novembre 2016 l'Ufficio AI ha prospettato il diniego di prestazioni (doc. 93 inc. AI).

Dopo che l'assicurata ha contestato il succitato progetto di decisione, evidenziando a suo dire la lacunosità degli accertamenti medici eseguiti (doc. 96 inc. AI), dopo aggiornamento della documentazione infortunistica (doc. 98 inc. AI) e dopo aver interpellato il proprio servizio medico (doc. 103 inc. AI), il 22 marzo 2017 l'amministrazione ha ordinato l'esecuzione di una perizia reumatologica (doc. 100-103 inc. AI).

Tenuto conto delle osservazioni 24 marzo 2017 dell'assicurata, annullato l'accertamento reumatologico (doc. 116 inc. AI), con comunicazione 6 novembre 2017 l'Ufficio AI, ritenendo necessario sottoporre l'interessata ad accertamenti medici completi, ha ordinato l'erezione di una perizia pluridisciplinare presso il \_\_\_\_\_ comprendente le seguenti discipline mediche: medicina interna, gastroenterologia, neurologia, psichiatria/psicoterapia e reumatologia (doc. 124 inc. AI).

Con rapporto 22 maggio 2018 il \_\_\_\_\_ ha valutato l'assicurata, dall'aprile 2015, abile all'80% sia nell'abituale che in altre attività lucrative, con inoltre una totale inabilità dal 16 maggio 2011 (data dell'infortunio) ridotta al 50% dal 4 luglio 2011 ed allo 0% dal 17 ottobre 2011 (doc. 154 inc. AI). Questa valutazione è stata fatta propria dal SMR con annotazioni 24 maggio 2018 (doc. 156 inc. AI).

L'Ufficio AI ha poi disposto una valutazione a cura del proprio consulente in integrazione professionale, il quale con rapporto 10 agosto 2018 ha ritenuto che l'assicurata può accedere ad un mercato sufficientemente ampio di attività semplici e ripetitive, elencando a titolo di esempio alcune di esse (doc. 160 inc. AI).

Con decisione del 22 ottobre 2018, debitamente preavvisata, l'amministrazione ha negato il diritto a provvedimenti professionali e ad una rendita d'invalidità non presentando l'assicurata un grado d'invalidità pensionabile (doc. 165 inc. AI).

1.3. Contro la succitata decisione è tempestivamente insorta l'assicurata, sempre per il tramite dell'avv. RA 1, postulando in via principale il riconoscimento del diritto ad una rendita intera da gennaio 2013 a luglio 2015 e per il periodo successivo il rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti medici. In via subordinata chiede il rinvio degli atti all'Ufficio AI per maggiori accertamenti e, in ogni caso, il riconoscimento di provvedimenti professionali.

Contestata è la valutazione medico-teorica operata dall'amministrazione, come pure quella economica. Delle motivazioni verrà detto, per quanto necessario, nei considerandi di diritto. La ricorrente chiede inoltre di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio.

1.4. Con la risposta di causa l'Ufficio AI ha chiesto la reiezione del ricorso, confermando la decisione contestata. Delle motivazioni verrà detto, nella misura del necessario, nel prosieguo.

1.5. L'11 gennaio 2019 la ricorrente ha preso posizione in merito alla risposta di causa (X).

Su richiesta del TCA, in data 23 gennaio 2019 l'Ufficio AI ha inoltrato le proprie osservazioni a quanto sostenuto dalla ricorrente, allegando inoltre una presa di posizione del \_\_\_\_\_ in merito alla documentazione medica allegata dall'assicurata con osservazioni 18 ottobre 2018 al progetto di decisione (XII).

Il 5 febbraio 2019 l'insorgente ha riconfermato la necessità di un accertamento ortopedico (XIV)

1.6. Il

**E. 16**

aprile 2019 l'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione medica (XVI) in merito alla quale si è espresso l'Ufficio AI con osservazioni del 24 aprile 2019 (XVIII).

1.7. In data 7 giugno 2019 l'insorgente ha aggiornato la situazione medica producendo altra documentazione (XX) e con osservazioni 21 giugno 2019 l'amministrazione ha preso posizione al riguardo (XXII).

1.8. Il 1° luglio 2019 ed il 23 settembre 2019 l'assicurata ha trasmesso altri atti medici (XXIV e XXIXI) oggetto di osservazioni da parte dell'Ufficio AI datate 23 luglio 2019 e 2 ottobre 2019 (XXVII, XXXI).

considerato in diritto

in ordine

2.1. Il patrocinatore del ricorrente ha in primo luogo fatto valere una grave violazione del diritto di essere sentito, sostenendo che la decisione impugnata (datata 22 ottobre 2018) sarebbe stata emanata senza attendere lo scadere del termine concesso, su esplicita domanda dell'insorgente, dall'amministrazione stessa per presentare osservazioni al CD contenente gli atti di causa (doc. 166 inc. AI).

Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA del 29 giugno 2006 nella causa J. e D., H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate).

Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

Ora, nella risposta di causa, l'amministrazione ha chiesto che tale censura venga respinta, rilevando quanto segue:

Pertanto, le osservazioni datate 18 ottobre 2018 sono pervenute all'amministrazione il 22 ottobre 2018 e si sono incrociate con l'invio della decisione impugnata. Determinante è che le stesse risultano essere tardive, sia se tiene conto del primo termine di scadenza (17 ottobre 2018) che di quello successivo (19 ottobre 2018). Visto quanto sopra, l'amministrazione ha correttamente rilevato che le osservazioni trasmesse dalla ricorrente sono tardive, motivo per cui non le può essere rimproverato di aver violato il diritto di essere sentita dall'assicurata. Va poi fatto presente che con osservazioni 23 gennaio 2019 (cfr. consid. 1.5) l'Ufficio AI ha preso posizione riguardo a quanto tardivamente prodotto

dall'assicurata.

In ogni caso, va rammentato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato, come in concreto, riceve la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 pag. 285; 124 V 180 consid. 4a pag. 183) e che nel caso di specie, il TCA dispone di un pieno potere di esame (cfr. anche sentenza 8C\_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGa).

Non va poi dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, cfr. anche sentenza 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3).

Visto quanto sopra, il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso.

nel merito

2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se correttamente l'Ufficio AI ha rifiutato all'assicurata il diritto a prestazioni.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio.

Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno.

Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.).

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGa e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGa, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGa è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità.

Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b).

Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5).

2.4. Nel caso in esame, dal punto di vista medico l'Ufficio AI si è fondato sulla perizia pluridisciplinare del \_\_\_\_\_.

Dal rapporto datato 22 ottobre 2018 (doc. 154 inc. AI) risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne di natura gastroenterologica (dr. med. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_), psichiatrica (dr. med. \_\_\_\_\_) e reumatologica (dr. med. \_\_\_\_\_). Dopo aver proceduto al consueto riassunto degli atti (punto no. 2 della perizia), all'anamnesi (punto no. 3) ed alla valutazione dei reperti (punto no. 4.2), tenuto poi conto dei singoli consulti specialistici (punto no. 4.3), riportate le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa (punto no. 5 della perizia), i periti hanno proceduto alla discussione (punto no. 6) concludendo che l'assicurata risulta complessivamente abile al lavoro nella misura dell'80% per attività svolte di aiuto cucina, cameriera e ausiliaria di pulizie, come pure per un'attività adatta (punto no. 7).

Essi hanno accertato che dal punto di vista gastroenterologico, neurologico e psichiatrico l'assicurata non presenta alcuna inabilità lavorativa. Esiste invece un'incapacità lavorativa per motivi reumatologici.

A tal riguardo essi hanno pertanto valutato come segue l'inabilità nelle abituali attività:

Analogamente, i periti hanno valutato un'incapacità lavorativa del 20% in un'attività adatta che tenga conto dei dolori a carattere diffuso e delle problematiche di stanchezza cronica, di disturbi del sonno, di affaticamento rapido. Si ribadisce che non si riscontrano patologie importanti a livello della cavaglia del piede ds., né di tipo posttraumatico, né a carattere degenerativo, che possano portare a delle limitazioni funzionali (punto no. 9.1.1.).

I periti hanno ritenuto che, sia nelle abituali attività che in quelle adeguate, la riduzione della capacità lavorativa è da intendere come riduzione del rendimento in un tempo lavorativo pieno (punto no. 8.1.2.1 e 9.1.2.1), facendola decorrere dall'aprile 2015 ossia dall'ultima valutazione medica eseguita dalla \_\_\_\_\_, precisando che per il periodo precedente fanno stato le incapacità lavorative determinate dai medici curanti (punti no. 8.1.3. e 9.1.3.).

In ambito casalingo essa è stata ritenuta pienamente abile, trattandosi di una sola persona che vive in un appartamento di due locali (punto no. 9.1.4).

Infine, solo gli specialisti in reumatologia e psichiatrica hanno risposto alla domanda peritale formulata dal legale dell'assicurata trattandosi di aspetti concernenti il loro campo di competenza. (punto no. 11.2).

La perizia del \_\_\_\_\_ è stata poi avallata dal SMR con rapporto 24 maggio 2018 (doc. 156 inc. AI).

Con il presente ricorso l'assicurata contesta la succitata valutazione medico-teorica del \_\_\_\_\_ fatta propria dall'Ufficio AI.

2.5. 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.4 pag. 261;115 V

133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.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).

2.6. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con 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 in seguito (cfr. STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.).

2.7. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 22 maggio 2018, poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5.

In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti.

Ora, a prescindere dalla conclusione a cui è giunta l'amministrazione, la scelta di quest'ultima di includere nella perizia pluridisciplinare uno specialista in reumatologia ma non in ortopedia risulta condivisibile.

Dagli atti risulta in effetti che l'assicurata, a seguito del trauma distorsivo del maggio 2011 al piede destro, è stata visita più volte da specialisti in ortopedia generale come pure della mano (cfr. a tale riguardo STCA 35.2015.51 e riassunto atti della perizia \_\_\_\_\_).

In merito alle competenze di un medico specialista in reumatologia rispetto a uno specialista in ortopedia, il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009 ha già avuto modo di sottolineare, che come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni

studiate e dalla terapia praticata (cfr. RtiD 2010 II pag. 208 [9C\_965/2008] consid. 4).

Va comunque fatto presente che nelle annotazioni 8 novembre 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR ha correttamente evidenziato:

In casu, il 29 novembre 2017 l'Ufficio AI ha fatto presente all'avv. RA 1 che:

Nelle osservazioni 5 febbraio 2019 l'assicurata sostiene che il dr. med. \_\_\_\_\_, oltre agli altri specialisti, non si sono opposti ad una valutazione ortopedia (XIV). A prescindere dal fatto che solo il perito gastroenterologo espressamente non si è opposto a che si chieda il parere di un specialista in ortopedia (scritto 8 gennaio 2019 allegato alle succitate osservazioni

## **E. 18**

gennaio 2019 del \_\_\_\_\_; XII/3), ciò non significa che, come spiegato sopra, tale valutazione sia necessaria.

2.7.2. Per quel che concerne la perizia reumatologica, dal rapporto 17 gennaio 2018 si evince che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha effettuato l'anamnesi (punto no. 1 della perizia), riportato i dati soggettivi dell'assicurata (punto no. 2), proceduto allo status reumatologico (punto no. 3.1), elencato i vari reperti presenti agli atti e valutati (punto no. 3.2). Quale diagnosi con ripercussione sulla capacità egli ha posto una sindrome fibromialgica con emisindrome dolorosa destra (punto no. 4.1), valutando non invalidante l'iniziale artrosi a livello dell'articolazione tra il III cuneiforme e la base del III metatarso del piede destro, nonché sperone calcaneare a destra e stato dopo trauma distorsivo della caviglia destra occorso il 3 maggio 2011 (punto no. 4.2).

Egli ha poi proceduto ad un'approfondita valutazione (doc. 5), rilevando:

Elencate le limitazioni funzionali (punto no. 5.1), ha ritenuto in merito alla capacità lavorativa:

Ha escluso la possibilità di migliorare le condizioni di salute dell'assicurata con approcci di tipo terapeutico sia conservativo che invasivo, ritenendo assolutamente controindicato un intervento chirurgico a livello del piede destro come postulato da alcuni suoi colleghi (punto no. 6).

Il perito ha infine risposto alla domanda posta dal legale dell'assicurata (punto no. 7).

Sostanzialmente l'unico punto contestato è la risposta data dal perito alla domanda supplementare posta dal legale dell'assicurata, ossia:

Questa la risposta del perito reumatologo:

2.7.3. In merito alla valutazione psichiatrica, nel rapporto 25 gennaio 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_, riportata la consueta anamnesi, i disturbi riferiti dall'assicurata, descritto lo svolgimento della giornata, tenuto conto della passata terapia psichiatrica, ha definito lo status psichico secondo i criteri AMDP. Egli ha proceduto alla seguente valutazione:

In merito all'evoluzione della riduzione della capacità lavorativa, lo specialista ha precisato:

Per questi motivi egli ha ritenuto l'assicurata totalmente abile in tutte le attività. Riguardo alla domanda supplementare (cfr. consid. 2.7.2), lo specialista ha risposto che:

In sede di ricorso l'assicurata sostiene che la perizia non adempie i requisiti posti dalla giurisprudenza (DTF 141 V 281) in merito all'accertamento dei dolori somatoformi persistenti, in particolare non ha proceduto agli indicatori (cfr. consid. 2.6).

Orbene, va fatto presente che il perito non ha riscontrato alcuna patologia psichiatrica e tantomeno risulta che attualmente l'assicurata segua una terapia psichiatrica. In merito alla terapia, nella perizia si legge:

Solo nel rapporto 18 luglio 2018 dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, Servizio di medicina interna, tra le diagnosi è stata posta una sindrome ansioso-depressiva ma senza alcuna indicazione sulla capacità lavorativa (pag. 691 inc. AI), ciò che non costituisce sufficiente indizio per l'esistenza di un danno alla salute psichica.

2.7.4. Dal punto di vista neurologico e gastroenterologico, come detto, con i rapporti 17 gennaio 2018 e 21 gennaio 2018 i periti dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, non hanno riscontrato alcuna inabilità lavorativa. L'unico appunto a loro rivolto dall'assicurata è che alla domanda supplementare i periti, ritenendo come la stessa concerna aspetti reumatologici e psichiatrici, hanno affermato di non poter dare risposta (pagg. 616 e 619). A ragione, poiché quanto esposto non concerne la loro specialità. Inoltre, non era del resto necessaria, come sostenuto dall'assicurata, una risposta globale, ritenuto come già in sede di valutazione i periti specialisti hanno valutato l'evoluzione delle affezioni dell'assicurata.

2.7.5 Dal punto di vista globale, ritenuto come l'unica patologia invalidante è quella reumatologica, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del 22 ottobre 2018, confermata dal SMR (cfr. doc. 41 e 103 inc. AI), alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona 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), come l'assicurata sia inabile al 20% da aprile 2015, con una totale inabilità dal 16 maggio 2011 (data dell'infortunio) ridotta al 50% dal 4 luglio 2011 ed allo 0% dal 17 ottobre 2011.

Alle succitate spiegazioni va prestata adesione.

2.9.1. 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, l'Amministrazione ha preso in considerazione il salario desunto dalla tabella RSS TA1 Svizzera, categoria 96 (altre attività di servizi personali), stato 2014, livello no. (attività semplici e ripetitive), per complessivi fr. 47'644.-- (adeguato al 2016). Tale risultato non è stato contestato.

2.9.2. 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 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).

2.9.2.1. Ritornando al caso in esame l'assicurata sostiene di dover essere posta al beneficio di provvedimenti professionali, dopo un accertamento della sua effettiva capacità lavorativa presso il Centro di accertamento professionale di \_\_\_\_\_.

Orbene, nel rapporto 10 agosto 2018 (doc. 160 inc. AI) il consulente IP ha riassunto l'iter scolastico e professionale (scuole dell'obbligo, lavora poi come fiorista ed addetta ai vivai e poi come cameriera ai piani e in seguito come aiuto cucina, lavora come addetta alle pulizie, lavoro che svolge fino al 2017) ed i limiti funzionali (carico massimo di 10 kg, alternanza della postura al bisogno, necessità di pause supplementari, stanchezza cronica, affaticamento rapido, disturbo del sonno, dolori a carattere diffuso).

Ha poi proceduto alla valutazione della reintegrabilità nell'abituale attività e delle attività esigibili, escludendo una riformazione professionale specifica:

Il consulente ha poi concluso:

In concreto questo Tribunale, pur comprendendo le difficoltà nel reperire un'occupazione vista la problematica fibromialgica di cui è affetta l'assicurata, ritiene che il ventaglio di attività esigibili è da ritenere ampio visto che, anche nel caso di specie, nel mercato generale del lavoro esistono delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, aperte a personale non qualificato o semi qualificato (le attività adeguate entranti in linea di conto -ISS, livello di qualifica 4 fino alla TA1 2010, poi divenuto livello 1 con la TA1 2012, semplici e ripetitive - non richiedono difatti né un'esperienza professionale diversificata né un grado di istruzione particolare; cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009

Infine, nelle osservazioni 5 febbraio 2019 (XIV) l'assicurata sostiene che con lo scritto 23 gennaio 2019 l'Ufficio AI non si è opposto alla richiesta formulata in sede di ricorso di un accertamento professionale presso il Centro di \_\_\_\_\_. Tuttavia, in quello scritto l'amministrazione non ha preso posizione in merito, poiché, come confermato in sede di risposta di causa, ha ritenuto esaustiva la valutazione 10 agosto 2018 del consulente in integrazione professionale (XII).

2.9.2.2. In merito alla determinazione del reddito da invalida, conformemente alla citata giurisprudenza, 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 41.7 ore di durata media lavorativa, il dato statistico corrisponde a fr. 54'355,67 per un impiego a tempo pieno.

Considerata un'abilità dell'80%, riconosciuta una riduzione del 10% per attività leggera, l'amministrazione ha correttamente definito il reddito da invalida in fr. 39'136.--(cfr.

rapporto 26 giugno 2018 del consulente IP in doc. 157 incarto AI).

2.9.3. Dal raffronto dei redditi si ottiene un grado d'invalidità del 18% che non conferisce il diritto ad una rendita.

Ritenuto l'ampio scarto percentuale per raggiungere il minimo pensionabile del 40%, anche volendo, per ipotesi di lavoro, riconoscere un'ulteriore 10% di riduzione del reddito da invalida e volendo aggiornare i dati al 2018, anno della decisione contestata, il risultato finale non cambierebbe.

Di conseguenza, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurata. Ne consegue che il ricorso dev'essere respinto.

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico della ricorrente, la quale tuttavia ha postulato l'assistenza giudiziaria gratuita con gratuito patrocinio.

2.11. 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.

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, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria e dai relativi documenti allegati risulta che la ricorrente, nubile e senza attività lucrativa, percepisce delle prestazioni dall'assistenza sociali (V).

L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere considerato privo di fondamento.

Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA I 569/02 del 15 luglio 2003 consid. 5; U 234/00 del 23 maggio 2002 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

giugno 2007).

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