

## **TI\_GERICHTE 32.2019.117 vom 27. April 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-04-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.117](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.117)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.117 du 27 avril 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.117 del 27 aprile 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

possono durare meno di due settimane né viene descritto un peggioramento del quadro clinico dopo la mia valutazione.

Riguardando i criteri del manuale ICD 10 ■ DCR10 sulla definizione dell'■ Episodio depressivo F32 non trovo l'■ affermazione temporale della collega rispetto alla durata di un episodio depressivo ■ una durata di almeno due settimane, ma periodi più brevi sono accettabili se i sintomi sono insolitamente gravi o ad esordio rapido■. Il criterio G1 (DRC10) dell'■ ICD10 cita testualmente ■ l'■ episodio depressivo deve durare almeno due settimane■. Nei criteri di definizione sempre ICD 10- DCR 10 rispetto alla sindrome depressiva ricorrente si legge: G1 ■ vi è stato in passato almeno un episodio depressivo di grado lieve (F32.0), medio (F 32.1) o grave (F.32.2 o F 32.3), che è durato almeno due settimane ed è stato separato dall'■ episodio attuale da un periodo di almeno di due mesi senza nessun disturbo significativo dell'■ umore■.

Rispetto alla questione linguistica la signora ha mostrato competenze sufficienti per raccogliere le informazioni necessarie per una valutazione (anche nelle precedenti perizie non era stato coinvolto un interprete ufficiale) e già nella mia scorsa presa di posizione ho spiegato il motivo per il quale non ho ritenuto indicato fare più valutazioni nel tempo.

In conclusione confermo il mio rapporto peritale del 31.12.2018.■ (doc. VIII/1)

I criteri diagnostici per poter porre la diagnosi di disturbo depressivo maggiore ricorrente richiedono ■ la presenza di due o più episodi depressivi maggiori e per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno due mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore■.

Inoltre secondo ICD-10 la durata minima di un episodio depressivo può essere di circa due settimane, se i sintomi sono particolarmente gravi e ad esordio molto rapido, può essere giustificato porre la diagnosi di episodio depressivo grave anche dopo meno di due settimane.

Il disturbo depressivo maggiore nel caso della paziente si è sovrapposto al disturbo distimico, quest'ultimo caratterizzato da una depressione cronica con presenza costante di sintomi depressivi simili a quelli del disturbo depressivo maggiore, ma meno gravi.

Secondo DSM-IV-TR ■ la diagnosi differenziale tra disturbo distimico e disturbo depressivo maggiore è particolarmente difficile, poiché i due disturbi condividono sintomi simili e le differenze in esordio, durata, persistenza e gravità non sono facilmente valutabili retrospettivamente ■ Inoltre quando il disturbo distimico ha una durata di molti anni, l'■ alterazione dell'■ umore può non essere facilmente distinta dal funzionamento ■ abituale■ dell'■ individuo ■ Inoltre se il disturbo distimico precede l'■ esordio del

disturbo depressivo maggiore è meno probabile un completo recupero interepisodico spontaneo tra gli episodi depressivi maggiori ed è più probabile che si abbiano successivi episodi più frequenti■.

Nella valutazione peritale del 31.12.2018, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ sulla base di due colloqui molto ravvicinati nel tempo con la paziente (12.12-20.12.2018) ha escluso a priori la diagnosi di depressione maggiore, sebbene da parte della sottoscritta come psichiatra curante, siano stati oggettivati degli episodi depressivi ben più gravi, che sulla base dei criteri sopradescritti sono ascrivibili nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente.

Tenuto conto pertanto delle oscillazioni del tono dell'umore, che la paziente manifesta in senso positivo, sia in senso negativo, della complessità del quadro psicopatologico, ribadisco che la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo con un numero maggiore di osservazioni e colloqui (nella sua lingua madre!) per permettere una valutazione più accurata ed oggettiva, ed accertare il decorso longitudinale del grave disturbo affettivo, di cui la paziente risulta essere affetta.

Mi permetto pertanto di ribadire quanto precedentemente osservato nel mio scritto del 07.06.2019, discostandomi completamente dalla presa di posizione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 09.08.2019, sia per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, sia per quanto concerne conseguentemente la valutazione della sua effettiva capacità lavorativa.■ (doc. C)

2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256consid.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, ad 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) 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).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, ■La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali■, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra

le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

Ai referti va attribuita piena forza probante.

2.6.1. Per quanto concerne l'aspetto reumatologico il dr. med. \_\_\_\_\_ ha spiegato nel dettaglio i motivi per i quali lo stato di salute della ricorrente, rispetto all'ultima valutazione del 23 maggio 2017, è rimasto sostanzialmente invariato e le ragioni per le quali i nuovi referti non sono atti a modificare le conclusioni relative alla capacità lavorativa nella sua precedente attività ed in attività adatte e confacenti allo stato di salute dell'insorgente.

Lo specialista ha in particolare esaminato i referti delle RMN cervicali del 12 aprile 2017 e del 25 luglio 2018 e la RMN lombare dell'8 giugno 2017, oltre al certificato della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna del 23 luglio 2018 (pag. 542 incarto AI) ed ha accertato che rispetto alla precedente perizia non vi sono stati nuovi problemi di salute particolari (pag. 543 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_ evidenzia che dal punto di vista clinico risulta un esame sovrapponibile al precedente caratterizzato da una limitazione dolorosa di tutti i movimenti cervicali e lombari per altro tutti attivamente contrariati con un reperto che si può definire nel complesso invariato (pag. 552 incarto AI) e che in conclusione, per quanto riguarda la problematica generale, cervicale, lombare e della spalla sx non posso constatare un'evoluzione significativa rispetto alla precedente perizia del maggio 2017 (pag. 553). Egli ha pertanto confermato le incapacità lavorative accertate con la perizia del 23 maggio 2017 (pag. 554-555 incarto AI).

La ricorrente non ha apportato alcuna documentazione medica specialistica atta a sovvertire le convincenti e motivate valutazioni del perito reumatologo. Ella si limita in sostanza a rinviare alle valutazioni della propria curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non specialista in reumatologia ma in medicina interna e il cui unico referto prodotto nell'ambito dell'ultima domanda, datato 23 luglio 2018, si esaurisce in un elenco delle patologie di cui è affetta la ricorrente con l'indicazione conclusiva che per le problematiche elencate a margine la paziente risulta incapace al lavoro nella misura del 100% presumibilmente in modo permanente (pag. 489-490), senza tuttavia addurre alcuna spiegazione, né allegare reperti medici oggettivi che possano far dubitare delle conclusioni del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha tenuto conto delle diagnosi poste dalla curante (pag. 548 incarto AI).

Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalla valutazione reumatologica.

2.6.2. Circa la patologia psichiatrica la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato la ricorrente in data 12 dicembre 2018 ed in data 20 dicembre 2018, esaminato anche il certificato della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, e rivisitata l'anamnesi psicopatologica (pag. 526 e seguenti incarto AI), ha spiegato nel dettaglio, a pag. 12 e 13 della perizia (pag. 532-533 incarto AI), per quale motivo ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di distimia (ICD 10 F 34.1) e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) e le ragioni per le quali si è distanziata dalla diagnosi della curante. La specialista ha in particolare evidenziato di non poter confermare la diagnosi di un grave episodio depressivo maggiore, ritenuto come l'esame obiettivo e la valutazione del decorso clinico non evidenziano criteri sufficienti per tale diagnosi poiché il

quadro clinico appare del tutto sovrapponibile a quello presentato nel 2017. La perita non ha riscontrato cali dell'umore importanti, dello slancio vitale, della motivazione, né la perdita importante degli interessi. Non vi sono importanti deficit cognitivi obiettivamente, ma soltanto soggettivamente riferiti. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha precisato che anche l'assicurata non ha riferito una modificazione del suo stato di salute negli anni che, a suo dire, è rimasto invariato (pag. 532 incarto AI). La perita ha poi escluso la presenza di un disturbo misto di personalità, non essendovi segni di malfunzionamento personale, sociale, lavorativo, preesistenti alla diagnosi psichiatrica di distimia presente da svariati anni ed ha spiegato che appare improbabile anche secondo la definizione ICD-10 che un disturbo di personalità compaia in così tarda età. Secondo ICD un disturbo di personalità esordisce infatti nell'infanzia o nell'adolescenza e nel caso di specie non vi è alcun antecedente di malfunzionamento in quel periodo. Né vi sono segni di modificazione duratura della personalità. La specialista indica poi che la sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F. 45.4) non ha una ripercussione sulla capacità lavorativa poiché non si è assistito ad una perdita di relazioni e di contatto con tutti gli ambiti della vita e l'interessata ha un beneficio, seppur temporaneo, del trattamento proposto. L'interessata mantiene una strutturazione della propria giornata.

La perita ha poi esposto nel dettaglio la sua valutazione, sulla base anche dello schema Mini ICF-APP ed ha potuto stabilire che il quadro clinico appare invariato sia rispetto alla precedente valutazione del 20 marzo 2017 della stessa dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (quando erano stati effettuati due colloqui in data 8 e 17 marzo 2017), sia rispetto a quella del 21 gennaio 2013 eseguita dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 191 e seguenti incarto AI) ed ha confermato la valutazione dell'incapacità lavorativa accertata nel 2017 sia nella precedente attività che in attività adeguate (pag. 536 incarto AI).

Le prese di posizione del 6 marzo 2019 (pag. 574-576 incarto AI), del 7 giugno 2019 (doc. B) e del 16 settembre 2019 (doc. C) della curante dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, non sono atte a sovvertire le convincenti e motivate conclusioni peritali.

La curante insiste nel ritenere la presenza di una depressione maggiore ricorrente caratterizzata dall'alternarsi di ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio/grave a fasi di distimia di breve durata in comorbidità con un grave disturbo somatoforme ed aspetti psicopatologici di personalità. La perita ha tuttavia spiegato, sia nella perizia, sia nel referto del 29 aprile 2019 (pag. 591-592 incarto AI), il motivo per il quale tali diagnosi non possono essere confermate.

La dr.ssa \_\_\_\_\_ rileva segnatamente da una parte una discordanza diagnostica tra quanto affermato dalla curante il 2 agosto 2018 (grave episodio depressivo maggiore in associazione con un disturbo misto di personalità) e quanto rilevato il 6 marzo 2019 (grave disturbo somatoforme in concomitanza con un episodio depressivo maggiore ricorrente che ha presentato ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve e medio grave in associazione ad una distimia) e dall'altra evidenza come la diagnosi di episodio depressivo maggiore non è conforme a quanto riscontrato in occasione delle visite peritali del dicembre 2018 e del limitato periodo di tempo intercorso tra le due valutazioni della curante (agosto 2018 e marzo 2019) per poter ritenere, sulla base della classificazione internazionale ICD, il sorgere e lo svilupparsi della patologia descritta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Tanto più che i due periti che hanno esaminato la ricorrente in passato, ossia il dr. med. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, erano giunti a conclusioni simili a quelli della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Anche per la diagnosi di disturbo di personalità, assente nel

2017 ed in precedenza, non vi sono elementi medici oggettivi per poter ritenere, sulla base della classificazione ICD, una sua presenza a partire dal 2018. Tale diagnosi implica infatti elementi premorbose presenti fin dall'infanzia o dall'adolescenza. Infine, neppure il disturbo somatoforme da dolore persistente può essere diagnosticato quale patologia con ripercussioni sulla capacità lavorativa in assenza di isolamento in tutti gli ambiti della vita. La strutturazione della giornata era analoga a quella del 2017, vi era un interesse per le attività a lei utili, non vi era una patologia grave associata.

È vero che con le osservazioni del 7 giugno 2019 la curante sostiene che non vi sarebbe alcuna discordanza tra le diagnosi poste, anche perché già la precedente curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, aveva evidenziato la presenza di uno stato depressivo di media gravità (doc. B) e che la dr.ssa \_\_\_\_\_ non avrebbe potuto rilevarla poiché ha visitato l'insorgente in due sole occasioni, nell'arco di pochi giorni nel dicembre 2018. Tuttavia non va dimenticato che la perita aveva già avuto occasione di esaminare lo stato valetudinario della ricorrente nel corso del mese di marzo 2017, nell'ambito di due visite (8 e 17 marzo 2017) che neppure in quel caso avevano portato a ritenere la presenza di una patologia depressiva ricorrente. Nel referto del 20 marzo 2017 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ aveva già esaminato la diagnosi posta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e non l'aveva confermata, ritenendo piuttosto la presenza di una distimia (pag. 17 perizia [pag. 416 incarto AI]: [ ] rispetto all'ultima valutazione peritale della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del gennaio 2013 riscontro un decorso sostanzialmente invariato che mi porta a confermare la diagnosi di una distimia. Infatti il decorso clinico non ha messo in evidenza fasi di remissione completa, l'umore è stato descritto come costantemente deflesso, associato a disturbi del sonno ora medicati. Difficoltà soggettiva alla concentrazione. Riduzione degli interessi ma non perdita, ridotta attività. Sintomi la cui intensità non è tale da soddisfare i criteri per un episodio depressivo maggiore. Infatti non si rilevano deficit cognitivi, l'umore non è deflesso in maniera significativa, non vi sono ruminazioni depressive, la perdita di interessi e piacere non è completa, mantiene una strutturazione della giornata, non vi è abulia, anedonia e apatia. Si nota un certo atteggiamento regressivo che comunque non si accompagna ad un impoverimento a livello delle funzioni psichiche e cognitive o alla ricerca di un vantaggio primario da parte della malattia [ ]; cfr. anche pag. 12 perizia [pag. 411 incarto AI]).

Come evidenzia la perita, nelle osservazioni del 7 giugno 2019 (ed in quelle del 16 settembre 2019) la curante non chiarisce il numero di episodi depressivi e quando sarebbero avvenuti, ma si limita a riportare alcuni estratti della classificazione ICD a sostegno della sua tesi, senza tuttavia esprimersi più dettagliatamente circa il caso concreto.

Non vi sono pertanto motivi per distanziarsi dalla valutazione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Del resto, non va dimenticato che secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234).

Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste.

Va poi rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del

## **E. 15**

novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010).

Alla ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C\_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2).

Con sentenza 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 il TF ha inoltre rammentato, al consid. 4.2, che il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti) e che al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo.

Quanto alla circostanza che l'interessata, \_\_\_\_\_, presenta importanti difficoltà nell'espressione linguistica e che avrebbe dovuto essere peritata nella sua lingua madre in presenza di un interprete (doc. B), ci si potrebbe chiedere se la censura non sia tardiva e contraria al principio della buona fede, ritenuto che l'interessata non aveva contestato la tenuta della perizia in lingua italiana e l'assenza di un traduttore (cfr. anche sentenza 9C\_37/2011 del 20 giugno 2011).

Del resto, a prescindere dal fatto che la perita ha ritenuto sufficienti le competenze della ricorrente per raccogliere le valutazioni necessarie per la valutazione (doc. VIII/1; cfr. anche perizia pag. 11 [pag. 531 incarto AI]: [ ] di madre lingua \_\_\_\_\_, tuttavia mostra una sufficiente padronanza della lingua parlata italiana, non è necessario avvalersi di un interprete [ ]), va poi evidenziato come l'insorgente fosse già stata peritata in tre occasioni in ambito psichiatrico in lingua italiana (dr. med. \_\_\_\_\_ [29 settembre 2009, pag. 87 e seguenti incarto AI]; dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [21 gennaio 2013, pag. 191 e seguenti incarto AI quando la perita a pag. 196 ha affermato: [ ] buona la padronanza della lingua italiana [ ] e dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [20 marzo 2017; pag. 400 e seguenti incarto AI]).

Inoltre l'interessata si trova in Svizzera dal 1998 (pag. 23 incarto AI), ha lavorato da ultimo quale venditrice in Ticino (pag. 25 incarto AI) ed è al beneficio di un permesso di domicilio di tipo C (pag. 487 incarto AI), ciò che presuppone una certa integrazione nel tessuto sociale ticinese, compresa la comprensione della lingua.

2.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni delle perizie della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e del dr. med.

\_\_\_\_\_, che sono state confermate il 5 febbraio 2019 dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 538-541 incarto AI).

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'art. 59 SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

In queste condizioni, rammentato che l'UAI ha prodotto l'intero incarto con la risposta di causa (cfr. doc. VIII, pag. 4), la richiesta di assumere ulteriori prove formulata dalla ricorrente, ossia sentire quali testi le curanti, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che, come visto in precedenza, hanno già prodotto le loro prese di posizione ed allestire una perizia pluridisciplinare, va respinta, poiché gli atti medici prodotti dalle parti sono sufficienti per esprimersi nel merito della vertenza.

Questo Tribunale, ritenuto che i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2).

Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

Va qui rammentato che il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali

attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389).

In concreto, l'UAI ha fatto capo alla valutazione della consulente in integrazione professionale del 4 ottobre 2017 (pag. 449 e seguenti incarto AI), dove figura che la ricorrente è abile al lavoro al 67% nella precedente attività ed al 70% in attività adeguata. Oltre all'attività abituale legata alla vendita, nel caso specifico sono considerate esigibili per l'A. tutte quelle attività non qualificate, leggere, semplici, che rispettano i limiti funzionali della stessa. Trattasi di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo di adeguamento (pag. 450 incarto AI).

Accertato che la capacità lavorativa della ricorrente non ha subito alcuna modifica rispetto all'ultima decisione, l'UAI ha in sostanza confermato quanto stabilito con la precedente decisione del 20 novembre 2017, ossia che non vi è alcun diritto alla rendita in considerazione dell'incapacità lavorativa del 33% nell'attività abituale e in riferimento alla sentenza del Tribunale Federale (TF) DTF 114 V 313, consid. 3b il grado AI ( ) risulta quindi essere della medesima misura dell'incapacità lavorativa nella sua attività ossia 33% (cfr. pag. 467 incarto AI).

Questo Tribunale evidenzia che, per i motivi che seguono, anche si volesse procedere con l'abituale raffronto dei redditi, l'assicurata non avrebbe comunque diritto ad una rendita.

2.9. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (sentenza 9C\_297/2018 del 9 agosto 2018, consid. 3.2; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata).

Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale

parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

In concreto, poiché la ricorrente non lavora più quale venditrice dal 2006, occorre far capo ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'ufficio federale di statistica (cfr. sentenza 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017).

Circa il 2016, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari di quell'anno edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso ■ Settore privato; DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività di vendita (settore 47 ■ commercio al dettaglio; livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'680.- (fr. 4'390.- x 12 mesi).

Riportando tale dato su 41.8 ore di durata media lavorativa settimanale nel 2016 (Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique ■) si ottiene un reddito di fr. 55'050.60 (52'680 : 40 X 41.8).

Nel 2018, con durata di lavoro sempre di 41.8 ore, il reddito ammonta a fr. 55'927.70 (55'050.60 : 106.7 x 108.4).

2.10. Circa 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 una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04).

Circa il 2016, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari di quell'anno edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso ■ Settore privato; DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'356.- (fr. 4'363.- x 12 mesi).

Aggiornandolo al 2018, con orario di lavoro pari a 41.7 ore settimanali, secondo l'indice dei salari nominali per le donne, il dato statistico corrisponde a fr. 55'048.97 per un impiego

a tempo pieno (52'356 : 40 X 41.7 : 105 X 105.9).

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.

L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (consid. 4.2). Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1).

Nel caso di specie, tenuto conto dell'insieme delle circostanze, secondo il TCA va applicata una riduzione globale (cfr. sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 e sentenza 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 al consid. 6.2.1) del 10% per la necessità di effettuare attività leggere e per altri fattori di riduzione, conformemente a quanto previsto dalla giurisprudenza in casi simili (cfr. sentenza 8C\_549/2016 del 19 gennaio 2017 dove il TF, in ambito di assicurazione contro gli infortuni, ha confermato la riduzione del 10% ad un assicurato capace al lavoro al 60% che chiedeva una riduzione maggiore [consid. 6]; sentenza 8C\_418/2015 del 7 ottobre 2015 dove il TF ha confermato una riduzione del 10% mentre il ricorrente ne chiedeva una del 25% [consid. 6.5]; sentenza 9C\_191/2015 del 1° giugno 2015 dove il TF ha annullato la riduzione del 10% calcolata dal Tribunale cantonale sangallese perché le limitazioni derivanti dalla patologia psichica [possibilità di lavorare solo in certi luoghi, attività in cui non sia messo sotto pressione] erano già comprese nella riduzione del rendimento); sentenza 9C\_845/2014 del 25 febbraio 2015 dove il TF ha accolto un ricorso dell'UAI che aveva calcolato un grado d'invalidità del 39% senza assegnare alcuna riduzione, allorché i giudici cantonali basilesi avevano ridotto del 10% il salario da invalido ed avevano assegnato all'assicurato un quarto di rendita [consid. 5.2]; sentenza 9C\_248/2013 del 17 ottobre 2013 dove il TF ha confermato una riduzione del 10% per un assicurato abile al 50% nella precedente attività [consid. 3.5.3]; sentenza 9C\_44/2011 del 1° settembre 2011 al consid. 5.4.1. dove per un assicurato capace al lavoro al 40% in attività leggera [consid. 4.1] a causa di una patologia cardiaca, è stata riconosciuta

una riduzione del 10%).

Raffrontando il reddito da valida di fr. 55'927.70 con quello da invalida di fr.55'048.97, ridotto del 30% (incapacità lavorativa) a fr. 38'534.28 e di ulteriori 10% (riduzione sociale) a fr. 34'680.85, si ottiene un grado d'invalidità del 37.98%, arrotondato conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121) al 38% che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI).

2.11. La ricorrente chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa.

Qualora un assicurato non disponga di sufficienti mezzi finanziari, le sue conclusioni non siano sprovviste di possibilità di successo e la lite non sia priva di difficoltà di ordine fattuale o giuridico, egli ha diritto al gratuito patrocinio nella procedura di opposizione del diritto delle assicurazioni sociali (SVR 2004 EL Nr. 4).

Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGa, l'art. 37 cpv. 4 LPGa utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, ATSG-Kommentar, 3a edizione, 2015, n. 35 ad art. 37, pag. 530 e seguenti; cfr., d'altronde, FF 1999 3965).

Peraltro, giusta l'art. 37 cpv. 4 LPGa, la concessione del gratuito patrocinio richiede una domanda in questo senso (Kieser, op. cit., n. 33 ad art. 37, pag. 529).

Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (FF 1999 3965).

La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (Kieser, op. cit., n. 22 ad art. 37, pag. 504-505).

Quindi, le tre condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono adempite qualora l'assistenza di un avvocato appaia necessaria o comunque indicata, se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (sentenza 8C\_353/2019 del 2 settembre 2019, consid. 3.1; sentenza 8C\_669/2016 del 7 aprile 2017, consid. 2.1; sentenza 9C\_29/2017 del 6 aprile 2017, consid. 1; DTF 132 V 200, consid. 4.1; DTF 125 V 202 consid. 4a; DTF 125 V 372 consid. 5b e riferimenti; DTF 124 I 1, consid. 2a, pag. 2; DTF 121 I 323 consid. 2a, DTF 120 Ia 15 consid. 3a, 181 consid. 3a).

Queste condizioni di concessione dell'assistenza giudiziaria, poste dalla giurisprudenza sotto l'egida dell'art. 4 vCost. fed., sono applicabili alla concessione dell'assistenza gratuita di un consigliere giuridico nella procedura d'opposizione (STFA I 557/04 del 29 novembre 2004, consid. 2.1; SVR 2007 EL Nr. 7, consid. 5.2.2). Tuttavia, la questione di sapere se esse sono realizzate deve essere esaminata in virtù di criteri più severi nella procedura amministrativa (Kieser, op. cit., n. 28 e n. 35 ad art. 37, pag. 528 e 530).

A tal proposito, occorre tenere conto delle circostanze del caso concreto, della particolarità delle regole di procedura applicabili, così come delle specificità della procedura amministrativa in corso. In particolare, occorre menzionare, oltre alla complessità delle

questioni di diritto e dei fatti, le circostanze concernenti la persona in oggetto, come la sua capacità di orientarsi in una procedura. Quale regola generale, il gratuito patrocinio è necessario quando la procedura è suscettibile di riguardare in maniera particolarmente grave la situazione giuridica della persona interessata. Altrimenti, una tale necessità esiste soltanto quando alla relativa difficoltà del caso si aggiunge la complessità della fattispecie o dei quesiti giuridici, alla quale il richiedente non è in grado di farvi fronte da solo (sentenza 8C\_669/2016 del 7 aprile 2017, consid. 2.1 con riferimenti alla DTF 130 I 182 consid. 2.2, alla DTF 125 V 32 consid. 4b e alla sentenza 8C\_931/2015 del 23 febbraio 2016 pubblicata in SVR 2016 IV n. 17 pag. 50; cfr. anche SVR 2007 EL Nr. 7, consid. 5.2.2).

La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, ossia dalla particolarità delle norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non deve essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussista la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso (Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist. cfr. DTF 125 V 35 consid.4b e riferimenti; DTF 119 Ia 265) oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione (Eine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt; DTF 132 V 201 consid.4.1 con riferimenti).

Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA I 447/04 del 2 marzo 2005, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo, cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza confermata nella STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008).

Con sentenza I 928/05 del 4 dicembre 2006 in una vertenza relativa all'assicurazione invalidità, l'allora TFA ha osservato che la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura amministrativa va riconosciuta solo in casi eccezionali e dipende dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. In quell'occasione, l'Alta Corte ha negato la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione.

Nella sentenza 9C\_991/2008 del 18 maggio 2009, al consid. 4.4.1 e con riferimento alla DTF 132 V 200, il TF ha confermato questa giurisprudenza, rammentando che di principio la presenza di un legale già in sede amministrativa non è necessaria.

Nella sentenza I 746/06 dell'8 novembre 2006, il TFA ha indicato i seguenti casi di applicazione della propria giurisprudenza:

"()

3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Notwendigkeit einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren etwa bejaht in Fällen, wo sich die versicherte Person mit mehreren Arztberichten und Gutachten und einem Abklärungsbericht Haushalt auseinandersetzen und zu dem im Rahmen der gemischten Methode vorgenommenen Einkommensvergleich Stellung zu nehmen hatte (Urteil O. vom 27. April 2005 Erw. 7.3, I 507/04), oder wo die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sehr umstritten, die Einkommensberechnung in der Verfügung nicht nachvollziehbar und zudem weitere Einkommensbestandteile umstritten waren (erwähntes Urteil I 75/04 Erw. 3.3), oder in einem Fall, in welchem sich der Versicherte während Jahren wiederholt und erfolglos an die Verwaltung gewandt hatte, ohne dass für die ausserordentlich lange Verzögerung fallbezogene Gründe ersichtlich waren (Urteil W. vom 12. Oktober 2004 Erw. 4.2, I 386/04). Verlangt werden somit qualifizierende, besondere Umstände. ()■.

Con sentenza 32.2008.164 dell'11 maggio 2009 questo Tribunale, nell'ambito di una procedura inerente l'assicurazione invalidità, ha rifiutato ad un'assicurata l'assistenza giudiziaria in sede amministrativa (mentre l'ha ammessa in sede ricorsuale), poiché, pur essendo oggetto del contendere il diritto ad una rendita AI, sulla base della rigorosa giurisprudenza federale, non ha ritenuto necessaria la presenza di un patrocinatore già in sede amministrativa ritenuto che la fattispecie non era particolarmente complessa.

Anche nella STCA 36.2012.50 del 12 settembre 2012 questo TCA ha ritenuto sproporzionato far capo ad un rappresentante allorché la questione del mancato pagamento delle prestazioni farmaceutiche è stata risolta senza neppure la necessità di dover avviare una procedura amministrativa tramite l'emaneazione della decisione formale e poi della decisione su opposizione per poter utilizzare correttamente la propria tessera farmaceutica. Il Tribunale ha rilevato che si trattava semplicemente di intervenire presso l'assicuratore per capire cosa fosse successo e quindi era sufficiente scrivere autonomamente, senza far capo ad un esperto, una lettera alla Cassa malati, chiedendo per quale motivo le prestazioni farmaceutiche del figlio non erano state rimborsate, rispettivamente perché le tessere di farmacia dei figli apparivano bloccate.

Il 4 febbraio 2015 con sentenza 32.2014.48 il TCA ha concluso che rettamente l'Ufficio AI ha ritenuto non giustificato l'intervento di un legale, visto che quel caso, in cui un'assicurata è stata ritenuta inabile al lavoro al 100% per motivi psichici solo come salariata e non anche come casalinga con conseguente rifiuto di una rendita di invalidità (grado AI del 26%), rientrava nella consueta casistica di questo genere di problematiche. Pertanto, giustamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di gratuito patrocinio, senza accertare l'eventuale indigenza dell'assicurata, né valutare se la causa fosse palesemente priva di successo.

Con sentenza 8C\_931/2015 del 23 febbraio 2016, pubblicata in SVR 2016 IV Nr. 17, l'Alta Corte ha ricordato che, nella procedura amministrativa, la necessità di patrocinio da parte di un avvocato può essere ammessa soltanto in casi eccezionali (cfr. consid. 3). Nel caso esaminato, concernente un nomade, il TF ha ritenuto che un competente patrocinio da parte di un mandatario che non era avvocato era stato nel complesso oggettivamente possibile ed esigibile, motivo per cui un gratuito patrocinio da parte di un avvocato non era

necessario (cfr. consid. 5.3).

Nella sentenza 8C\_676/2015 del 7 luglio 2016 (SVR 2016 IV Nr. 41), parzialmente pubblicata in DTF 142 V 342, il Tribunale federale ha giudicato il caso di un agente di sicurezza che è stato ferito durante il suo lavoro. L'Ufficio AI ha raccolto degli atti medici e una perizia e ha dapprima respinto la richiesta di gratuito patrocinio, poi ha negato il diritto a una rendita di invalidità. Per quanto concerne la necessità del patrocinio da parte di un avvocato nella procedura amministrativa, l'Alta Corte ha affermato che per riconoscere i punti deboli di una perizia medica sono necessarie determinate conoscenze mediche e giuridiche della fattispecie. Nel caso giudicato non si poteva parlare di un caso complesso anche se si è trattato di applicare la prassi in ambito di dolore somatoforme. Il TF ha evidenziato che se si ritenesse il contrario, ciò porterebbe in pratica a dovere riconoscere il diritto al gratuito patrocinio in ogni procedura amministrativa, nella quale si deve discutere di una perizia medica, ciò che sarebbe contrario alla nozione dell'art. 37 cpv. 4 LPGA come deroga. L'assenza di conoscenze giuridiche non è atta a fondare la necessità di un patrocinio legale. Il fatto che viga il principio inquisitorio giustifica l'applicazione di un parametro restrittivo (cfr. consid.7.2 non pubblicato).

Al ricorrente è stato concesso il gratuito patrocinio per la sede federale (cfr. consid. 8).

Con sentenza 8C\_353/2019 del 2 settembre 2019 il TF ha accolto il ricorso di un Ufficio AI contro una sentenza del Tribunale cantonale del Canton Zurigo che aveva riconosciuto l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo, ritenendo non dati i presupposti.

Cfr. anche le sentenze 32.2018.55 del 4 marzo 2019 e 32.2018.218 del 14 ottobre 2019 con cui il TCA ha rifiutato l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo.

2.13. Nell'evenienza concreta dalle tavole processuali emerge che l'interessata, personalmente, il 2 agosto 2018 ha segnalato all'UAI un peggioramento del suo stato di salute ed ha allegato un referto del 2 agosto 2018 della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 473-475 incarto AI).

Sulla base di tale documentazione il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha ritenuto dati i presupposti per entrare nel merito della domanda (pag. 472 incarto AI) e l'UAI ha scritto all'avv. RI 1 per chiederle l'inoltro della nuova richiesta di prestazioni (pag. 471 incarto AI).

La domanda è stata trasmessa il 28 agosto 2018 (pag. 498 incarto AI), con allegata, tra l'altro, una presa di posizione del 23 luglio 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Il 7 settembre 2018 l'UAI ha chiesto all'avv. RA 1 l'invio della copia dell'ultima decisione dell'USSI (pag. 503 incarto AI). Agli atti è stata prodotta la decisione per il periodo dal 1° settembre 2018 al 30 novembre 2018 (pag. 505 incarto AI).

L'insorgente è poi stata convocata per le due perizie (pag. 510 e 517 incarto AI).

Dopo il progetto di decisione sia la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 562 incarto AI) che l'avv. RA 1 (pag. 564) hanno chiesto, ed ottenuto (pag. 561 e 563 incarto AI), l'incarto AI.

L'8 marzo 2019 l'avv. RI 1 ha presentato le osservazioni al progetto di decisione, 2 pagine compresa la domanda di assistenza giudiziaria (pag. 567-568 incarto AI). La

rappresentante ha contestato genericamente il provvedimento, sostenendo che l'assicurata è completamente inabile al lavoro e contestando le perizie, segnatamente quella psichiatrica poiché non svolta su un periodo di tempo sufficientemente lungo ed ha allegato il referto del 6 marzo 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 574 incarto AI).

Il 21 marzo 2019 l'avv. RA 1 ha prodotto il certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria (pag. 584 e seguenti incarto AI).

2.14. Chiamato a stabilire se l'interessata necessitava della rappresentanza di un avvocato patentato in sede amministrativa, questo Tribunale deve rispondere negativamente.

La ricorrente avrebbe infatti potuto gestire la pratica autonomamente oppure far capo a rappresentanti di associazioni di invalidi, sindacati o altre persone attive nel settore sociale.

Ella ha infatti inoltrato autonomamente all'UAI la notifica del peggioramento del suo stato di salute, allegando un referto della sua curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Con le osservazioni al progetto di decisione l'avv. RA 1 si è limitata a contestare genericamente il progetto di decisione e le perizie, allegando un ulteriore certificato della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che prendeva posizione sul referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Come ha già avuto modo di stabilire il Tribunale federale, se è vero che per riconoscere i punti deboli di una perizia medica sono necessarie determinate conoscenze mediche e giuridiche della fattispecie, dall'altro non va sottaciuto che il caso in esame non può essere considerato complesso. Se si ritenesse il contrario, ciò porterebbe in pratica a dovere riconoscere il diritto al gratuito patrocinio in ogni procedura amministrativa, nella quale si deve discutere di una perizia medica (sentenza 8C\_353/2019 del 2 settembre 2019, consid. 5; sentenza 8C\_676/2015 del 7 luglio 2016 (= SVR 2016 IV Nr. 41), consid. 7.2).

Nel caso di specie si trattava in sostanza di produrre certificati medici dei curanti atti a contestare le perizie psichiatrica e reumatologica dell'AI. Ora, la ricorrente ha dimostrato di sapersi destreggiare con le questioni amministrative, notificando il peggioramento dello stato di salute ed allegando documentazione medica che ha dato avvio alla procedura di revisione.

Dopo l'inoltro delle osservazioni della rappresentante, l'amministrazione ha interpellato la perita, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ed ha emesso la decisione senza esperire ulteriori particolari accertamenti.

Il ruolo della rappresentante, in concreto, si è in sostanza limitato, nel merito, a contestare genericamente la decisione dell'UAI ed a produrre una presa di posizione della curante.

In un ambito come quello dell'assicurazione invalidità, dove vige il principio inquisitorio, di principio, tranne nei casi complessi, l'intervento di un avvocato già in sede amministrativa, non è necessario (SVR 2016 IV Nr. 41 consid. 7.2).

Nel preciso caso di specie non si trattava di dover dirimere una difficile questione giuridica ma di produrre, semmai, una presa di posizione dei curanti atta a contestare le perizie amministrative.

Sulla scorta delle considerazioni esposte, dovendo la necessità di patrocinio da parte di un legale essere verificata con rigore, la richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa non può essere ammessa, facendo difetto questa condizione.

La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa va pertanto respinta.

2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico della ricorrente.

Quest'ultima chiede tuttavia di essere messa a beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio dell'avv. RA 1.

Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362).

I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria rimasti invariati rispetto al vecchio diritto 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 e 372 con riferimenti).

Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio.

Ritenuto inoltre che l'assicurata non possiede le necessarie conoscenze giuridiche per difendersi in sede giudiziaria e che il ricorso non appariva, ad un sommario esame iniziale, del tutto privo di possibilità di esito sfavorevole, la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio merita accoglimento, riservato l'obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

#### **E. 46**

). 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%. 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) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.2. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; cfr. anche 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in

cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.3. In concreto, nell'ambito della precedente procedura, l'UAI, al fine di stabilire lo stato di salute della ricorrente, ha fatto allestire una perizia psichiatrica ad opera della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, del \_\_\_\_\_, redatta il 20 marzo 2017 (pag. 400 e seguenti incarto AI) ed una perizia reumatologica del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, allestita il 27 giugno 2017 (pag. 433 e seguenti incarto AI). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, riassunti gli atti, descritta l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica remota, sociolavorativa, psicopatologica, i sintomi soggettivi, l'esame clinico secondo AMDP-System, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di distimia (ICD 10 F. 34.1) e senza ripercussioni sulla capacità di lavoro di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4), come già stabilito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, nella precedente perizia psichiatrica del 21 gennaio 2013 (pag. 197 e 415 incarto AI). La perita ha concluso affermando che " il quadro clinico sul lato strettamente psichiatrico è rimasto invariato, confermo la valutazione della CL posta dal precedente perito ossia di una IL del 20% intesa come rendimento ridotto da luglio 2010 " (pag. 417 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, nel referto del 27 giugno 2017, descritta l'anamnesi socio-professionale, osteo-articolare, i disturbi attuali, lo status, il sistema neurologico, lo status osteo-articolare, riassunta la documentazione radiologica e medica, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale cronica, senza neurologia su/con decompressione della radice L5 sx con rimozione di lussato erniario L4/L5 il 15.02.2007; decompressione bilaterale L4/L5 su ernia discale con parziale sindrome della cauda il 03.07.2014; decompressione L4/5 bilaterale per recidiva di ernia discale con sciatalgie a dx il 12.02.2015; vertebra di transizione lombosacrale con mega-apofisi trasversa L5 dx, sindrome cervicale cronica, senza neurologia, su/con discopatia C5/6 e C6/7, periartropatia omero-scapolare sx su/con intervento di decompressione sottoacromiale e resezione acromio-clavicolare il 04.05.2011; ricostruzione artroscopica della cuffia dei rotatori e resezione acromion-claveare il 20.02.2013; reintervento per una recidiva di rottura del sopraspinoso con resezione acromio-clavicolare il 26.11.2013; intervento per recidiva di rottura del sopraspinoso il 12.05.2016; nessuna lesione transmurale della cuffia dei rotatori (RMN 02/2017) e la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa dal lato reumatologico di distimia e sindrome

somatoforme da dolore persistente e esiti di intervento di tenosinovialectomia degli estensori del pollice sx per tenosinovite de De Quervain il 27.03.2012 (pag. 442 incarto AI). Il perito ha concluso affermando che nell'ultima professione di venditrice l'interessata è inabile nella misura di 1/3 (33%) a partire da tre mesi dopo l'intervento alla spalla del maggio 2016. In attività adatta ella è abile al 70% (lavoro a tempo pieno con riduzione del rendimento del 30%; pag. 446-447 incarto AI). Nel rapporto finale del 28 giugno 2017 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha rilevato che le percentuali della diminuzione della capacità lavorativa " dettate dalla patologia reumatologica e psichiatrica non vanno sommate, poiché si compensano vicendevolmente essendo entrambe all'origine di una diminuzione del rendimento per un normale tempo di lavoro " (pag. 430 incarto AI). Il medico ha accertato, sia nella precedente attività che in attività adatta allo stato di salute, un'incapacità lavorativa del 20% dal mese di luglio 2010 al mese di aprile 2016 e del 100% dal mese di maggio 2016 al mese di luglio 2016. Dal mese di agosto 2016 l'insorgente è stata giudicata inabile al lavoro al 33% nella precedente attività di venditrice ed al 30% in un'attività adatta e confacente al suo stato di salute (pag. 429). Il 4 ottobre 2017 la consulente IP ha stabilito che " oltre all'attività abituale legata alla vendita, nel caso specifico sono considerate esigibili per l'A. tutte quelle attività non qualificate leggere, semplici, che rispettano i limiti funzionali della stessa. Trattasi di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo d'adeguamento " (pag. 450 incarto AI). Con decisione 20 novembre 2017 l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni poiché " in considerazione dell'incapacità lavorativa del 33% nell'abituale attività, e in riferimento alla sentenza del Tribunale Federale (TF), DTF 114 V 313, consid. 3b, il grado AI della Signora RI 1 risulta quindi essere della medesima misura dell'incapacità lavorativa nella sua attività, ovvero 33% " (pag. 467 incarto AI). Nell'ambito della presente procedura, avviata in seguito alla nuova domanda di prestazioni del 28 agosto 2018, l'amministrazione ha chiesto alla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ed al dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna e reumatologia, di allestire una perizia di decorso. Nel referto del 31 dicembre 2018 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, rammentato di aver visitato la ricorrente il 12 dicembre 2018 ed il 20 dicembre 2018, riassunti gli atti, ripresa l'anamnesi, descritti i reperti, posta la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di distimia (ICD 10 F 34.1) e senza influenza sulla capacità lavorativa di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4), ha concluso affermando che " il quadro clinico attuale appare invariato rispetto alla valutazione del 2017 da me fatta e quella precedentemente del 2013 eseguita dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ la quale aveva riconosciuto una IL del 20% intesa come rendimento ridotto in qualsiasi attività lavorativa " ed " anche una attività adeguata la CL appare invariata rispetto alla mia precedente valutazione del 2017 che confermava la valutazione del 2013 e quindi si valuta una IL del 20% con rendimento ridotto a partire da luglio 2010 " (pag. 536 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, nel referto del 4 febbraio 2019, descritta l'anamnesi, lo status e la documentazione, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale cronica, senza neurologia su/con st. d. decompressione della radice L5 sx con rimozione di lussato erniario nel 2007; st. d. decompressione bilaterale L4/L5 su ernia discale sind. della cauda equina parziale nel 2014; st. d. decompressione L4/5 per sciatalgie dx su recidiva di ernia discale nel 2015; vertebra di transizione lombosacrale con mega-apofisi trasversa L5 dx; sindrome cervicovertebrale cronica su/con iniziale discopatia C4/5; moderata discopatia C5/6 con discreta focalità erniaria postero

laterale sx; moderata discopatia C6/7 con ernia discale postero-laterale sx e possibile conflitto (reperto radiologico RMN) con la radice C7 sx ed esiti di decompressione sottoacromiale e resezione acromio-clavicolare spalla sx nel 2011, ricostruzione della cuffia dei rotatori e resezione acromio-clavicolare nel febbraio 2013, reintervento per recidiva di rottura del sopraspinato e complemento di acromioplastica nel novembre 2013, ricostruzione della cuffia dei rotatori spalla sx e intervento per recidiva del sopraspinato nel 2016, gonalgie mediali sx. Egli ha inoltre posto numerose diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (pag. 550 incarto AI). Il perito ha concluso, circa la capacità lavorativa nell'ultima attività svolta, che " non risulta in questo momento, dal lato strettamente somatico e oggettivo, un significativo cambiamento dell'incapacità lavorativa rispetto a quanto stabilito in occasione dell'ultima perizia (IL 33%) " ed ha poi affermato che " anche in un'attività leggera e variata, come definita dai limiti funzionali sopra elencati la capacità lavorativa residua teorica non differisce da quella ritenuta nell'ultima perizia, vale a dire una capacità lavorativa del 70% (lavoro a tempo pieno con limitazione di rendimento del 30%) " (pag. 554-555 incarto AI). Il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, il 5 febbraio 2019, ha confermato le valutazioni peritali, indicando che la capacità lavorativa è rimasta invariata (pag. 540 incarto AI). Il 6 marzo 2019 la curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha inoltrato delle osservazioni, affermando: " (...) Nel corso degli anni la Sig.ra RI 1 ha dovuto confrontarsi con eventi di vita per lei molto stressanti (problemi di salute, interventi chirurgici, perdita del lavoro, divorzio...) che hanno contribuito a slatentizzare dei tratti disfunzionali di personalità caratterizzata dalla presenza di marcati tratti ansiosi depressivi di tipo autosvalutativo, passivo dipendenti: trattasi di una persona semplice, poco differenziata, con scarse capacità di insight e mentalizzazione con marcata tendenza ad elaborare il proprio disagio e conflitti psicologici attraverso l'espressione di sintomi somatici, e del dolore fisico. Sulla base della documentazione medica AI e dei dati anamnestici, la paziente ha inizialmente sviluppato una sindrome da disadattamento (v. perizia psichiatrica Dr. \_\_\_\_\_ – 20.09.2009), che sarebbe in seguito sfociata in una sindrome affettiva persistente di tipo distimico, caratterizzata da una depressione cronica con presenza costante di sintomi depressivi simili a quelli del disturbo depressivo maggiore, ma di gravità minore, diagnosi evidenziata dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ nell'ambito della perizia psichiatrica del 31.1.2013. Da parte della psichiatra curante Dr.ssa \_\_\_\_\_, presso la quale la paziente risulta essere stata in cura dal 2010 fino al 2016-17 viene rilevato uno stato depressivo di media gravità (F32.1) con associata sindrome da dolore somatoforme (F45.4). A partire dal mese di aprile 2017, la paziente risulta essere in mia cura in modo regolare e continuo, per cui ho potuto oggettivare, un grave disturbo somatoforme (DSM-IV: F45.4) in comorbilità con una patologia depressiva che ha presentato un decorso persistente sempre più grave ed invalidante, a volte intermittente ed irregolare, caratterizzata da ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio/grave, senza recupero interepisodico, inquadrabile nell'ambito di un disturbo depressivo maggiore ricorrente, che si è sovrapposto al disturbo distimico (depressione doppia). Nella valutazione peritale del 31.12.2018, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ sulla base di due colloqui molto ravvicinati nel tempo con la paziente (12.12.-20.12.2018), ha confermato a livello diagnostico un disturbo affettivo distimico, escludendo a priori la diagnosi di depressione maggiore formulata da parte di entrambi gli psichiatri curanti, che hanno avuto modo di seguire la paziente nel corso degli anni, tutt'oggi dalla sottoscritta. Tenuto conto delle oscillazioni del tono dell'umore, che la paziente può manifestare sia in senso positivo, sia in senso negativo, la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di

tempo più lungo con un numero maggiore di osservazioni e colloqui per permettere una valutazione più accurata, in modo da poter accertare il decorso longitudinale del grave disturbo affettivo, di cui la paziente risulta essere affetta. Da segnalare inoltre che la paziente \_\_\_\_\_, presenta delle difficoltà nell'espressione linguistica come d'altra parte già evidenziato nella valutazione neuropsicologica del 14.07.2015 – "... si esprime in italiano, tuttavia esibisce delle difficoltà nella costruzione morfosintattica delle frasi ed il suo vocabolario è scarso..." Le consultazioni con la sottoscritta a causa della lingua, avvengono in alcuni casi anche in presenza della figlia, in modo da poter ricevere informazioni più dettagliate sulla sua persona e sul suo stato di salute. Per garantire una sufficiente indagine peritale dal profilo psichiatrico, la paziente per le sue scarse conoscenze della lingua italiana si sarebbe pertanto dovuta sottoporre ad un accertamento nella sua lingua madre con l'ausilio di un traduttore. Attualmente il quadro psicopatologico risulta caratterizzato dalla persistenza di un grave disturbo algico (DSM-IV:F45.4), in comorbidità con un disturbo depressivo ricorrente, attuale episodio grave senza recupero interepisodico completo, sovrapposto al disturbo distimico, le cui manifestazioni cliniche predominanti sono caratterizzate dalla presenza di un profondo sentimento di riduzione del tono dell'umore, con perdita di interessi e piacere, di motivazione, calo di energie, con facile affaticabilità ed esauribilità psicofisica, alterazioni del sonno, importanti deficit cognitivi, difficoltà ad affrontare le normali attività quotidiane, diminuzione del senso degli scopi e degli obiettivi, istinto vitale ridotto con pensieri ricorrenti di morte, sentimenti pervasivi di disistima, di inutilità, di inadeguatezza, aumentato senso di vulnerabilità, inefficacia personale. Molto sensibile alle circostanze ambientali, la paziente si presenta emotivamente vulnerabile, con limitata capacità di resistenza agli stimoli, facile esauribilità psicofisica, suscettibilità allo stress, alle frustrazioni, all'insofferenza, con capacità relazionali ed adattive ridotte, marcata tendenza di chiusura in sé stessa, fatica ad investire energie dall'esterno, nelle relazioni sociali. Malgrado la presa a carico di tipo psichiatrico tramite l'assunzione regolare della terapia psicofarmacologica e di supporto psicoterapeutico, con colloqui bimensili anche settimanali (la frequenza degli incontri ed il dosaggio dei medicinali variano a seconda del suo stato di salute psichico, molto instabile), il quadro clinico ha assunto una condizione pervasiva e permanente, caratterizzata da un assetto psichico gravemente alterato, inflessibile che interferisce in modo significativo con la routine quotidiana, nella vita personale, familiare, sociale con compromissione e limitazioni preponderanti della propria capacità lavorativa. In considerazione della gravità del disturbo, risulta pertanto pertinente una rivalutazione del diritto di una rendita AI." (pag. 574-576 incarto AI) In seguito alle osservazioni della curante, la perita dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha preso posizione il 29 aprile 2019 (pag. 590 e seguenti incarto AI): "(...) Nella presa di posizione del 6 marzo 2019 della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si legge che l'assicurata a partire dall'aprile 2017, è in sua cura e ha potuto oggettivare un grave disturbo somatoforme in comorbidità con una patologia depressiva che ha presentato un decorso persistente sempre più grave e invalidante a volte intermittente e irregolare, caratterizzato da ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio-grave senza recupero interepisodico (sottolineatura della scrivente) inquadrato nell'ambito di un disturbo depressivo maggiore ricorrente che si è sovrapposto al disturbo distimico (depressione doppia). Nello scritto precedente sempre della curante Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 2 agosto 2018 si legge invece che l'assicurata nel corso dell'ultimo anno ha presentato in concomitanza del peggioramento della nota patologia reumatologica/neurologica (il perito AI Dr \_\_\_\_\_ nella sua valutazione del gennaio

2019 trova un quadro clinico invariato) una riesacerbazione della sintomatologia depressiva con sviluppo di un grave episodio depressivo maggiore (sottolineatura della scrivente) in concomitanza con un disturbo misto di personalità. Noto quindi una discordanza diagnostica rispetto ai due documenti redatti dalla curante che fanno riferimento alla sua presa a carico: nel primo, quello del 2 agosto scorso, si parla dello sviluppo di un grave episodio depressivo maggiore in associazione ad un disturbo misto di personalità, nel secondo viene riferita la presenza di un grave disturbo somatoforme in concomitanza con un episodio depressivo maggiore ricorrente che ha presentato ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio grave in associazione ad una distimia. A livello diagnostico quindi vi sono più diagnosi diverse basate sull'osservazione di uno stesso periodo di tempo. Aggiungo che precedentemente al 2017 è stata esclusa la presenza di episodi depressivi sia da me che dalla precedente perita Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ o dal Dr. \_\_\_\_\_ mentre è stata confermata la presenza di una distimia; secondo la Classificazione internazionale per definire un disturbo depressivo ricorrente è necessaria la presenza di almeno due o più episodi depressivi e la dr.ssa \_\_\_\_\_ attesta che ve ne sono stati ripetuti nel suo scritto del marzo 2019. Quindi dall'agosto 2018 (dove la curante asserisce la presenza di un solo episodio depressivo grave) al marzo 2019 (ovvero 7 mesi dopo) secondo la curante vi sarebbero stati ripetuti episodi depressivi lievi e medio-grave senza remissione interepisodica. Ricordo che per porre una diagnosi di episodio depressivo maggiore oltre che la presenza di un corteo di sintomi specifici con una intensità definita che non ho riscontrato è necessario che un episodio depressivo duri almeno due settimane secondo ICD e comunque generalmente la durata di un singolo episodio è almeno di qualche mese. Trovo quindi difficile che nell'arco di 7 mesi possano essere stati registrati ripetuti episodi visto che durante la mia valutazione del dicembre 2018 non ho riscontrato elementi che mi portassero alla diagnosi di eventuali precedenti episodi come oggi sostiene la curante. Ho invece potuto constatare un quadro del tutto sovrapponibile a quello già evidenziato nel 2017 ossia di una distimia. La distimia è una depressione persistente con caratteristiche fluttuanti ma con episodi che non sono sufficientemente gravi da soddisfare i criteri di un episodio depressivo. Nella mia prima valutazione peritale avvenuta nel marzo 2017, non avevo riscontrato aspetti premorbosi che orientassero verso un franco disturbo di personalità, non venivano riferiti antecedenti psichiatrici fino all'insorgenza della problematica a livello somatico. Anche nelle precedenti valutazioni non vi erano elementi a sostegno per la presenza di un disturbo della personalità, diagnosi che nel secondo scritto della Dr.ssa \_\_\_\_\_ è relegata non più a disturbo ma a tratti. Per quanto riguarda il disturbo somatoforme giudicato grave dalla curante non ho rilevato come anche nella mia prima valutazione che vi fosse isolamento di tutti gli ambiti della vita, la strutturazione della giornata era analoga a quella del 2017 nonostante la curante attestasse un peggioramento, vi era un interesse per le attività che potevano essere per lei utili (ad esempio buona iniziativa e attivazione per andare a comperare i cibi a lei graditi o fare passeggiate completo disinteresse verso i doveri casalinghi), non vi era una patologia psichiatrica grave associata. Già nel 2017 avevo posto l'accento su di un certo atteggiamento regressivo che non si accompagnava però a un impoverimento a livello delle funzioni psichiche cognitive o alla ricerca di un vantaggio primario da parte della malattia. Avevo sottolineato come il disturbo somatoforme la ponesse ad assumere in famiglia il ruolo di ammalata cronica e ad assumere una posizione regressiva appoggiandosi sull'aiuto dell'altro, ricevendone attenzione e potendosi così deresponsabilizzare, tale aspetto però non coinvolgeva tutti gli interessi della sua vita, era stata in grado di prendere decisioni attive ad esempio informandosi dei suoi

diritti al momento della separazione, era in grado di riconoscere le priorità, non vi era un isolamento sociale o una coartazione, non vi erano elementi suggestivi, per un completo ritiro sociale. La piena autonomia è anche visibile dal suo desiderio di andare a vivere da sola possibilità preclusa dal mancato riconoscimento dell'Assistenza Sociale di un aiuto economico. Rispetto alla contestazione di una valutazione effettuata su un breve periodo di osservazione, il quadro clinico della valutazione del 2018 è apparso sovrapponibile a quello del 2017 e non avendo riscontrato aspetti di ricorrenza nel quadro clinico ma piuttosto stabilità tra il 2017/2018 non ho ritenuto indicato fare più valutazioni nel tempo. In conclusione confermo il mio rapporto peritale del 31.12.2018." (pag. 591-593 incarto AI) In sede di ricorso l'assicurata ha prodotto un referto del 7 giugno 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (doc. B), la quale ha affermato: " (...) Riguardo l'aspetto diagnostico non rilevo alcuna discordanza, in quanto nel mio rapporto del 02.08.2018 ho descritto una riesacerbazione della sintomatologia depressiva con sviluppo di un grave episodio depressivo maggiore; non si trattava del primo episodio, tenuto inoltre conto che tale diagnosi era già stata documentata da parte della sua precedente psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_. Sulla base della documentazione medica AI e dei dati anamnestici, come già descritto nel mio rapporto del 06.03.2019, si evidenzia che la paziente ha inizialmente sviluppato una sindrome da disadattamento (v. perizia psichiatrica Dr. \_\_\_\_\_ – 20.09.2009), che sarebbe in seguito sfociata in una sindrome affettiva persistente di tipo distimico, caratterizzata da una depressione cronica con presenza costante di sintomi depressivi simili a quelli del disturbo depressivo maggiore, ma di gravità minore, diagnosi evidenziata dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ nell'ambito della perizia psichiatrica del 31.1.2013. Da parte della psichiatra curante Dr.ssa \_\_\_\_\_, presso la quale la paziente risulta essere stata in cura dal 2010 fino al 2016-17 viene in seguito rilevato uno stato depressivo di media gravità (F32.1) con associata sindrome da dolore somatoforme (F45.4). A partire dal mese di aprile 2017, la paziente risulta essere in mia cura in modo regolare e continuo, per cui ho potuto oggettivare, un grave disturbo somatoforme (DSM-IV: F45.4) in comorbilità con una patologia depressiva che ha presentato un decorso persistente sempre più grave ed invalidante, a volte intermittente ed irregolare, caratterizzata da ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio/grave, senza recupero interepisodico, inquadrabile nell'ambito di un disturbo depressivo maggiore ricorrente, che si è sovrapposto al disturbo distimico (depressione doppia). Nella valutazione peritale del 31.12.2018, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ sulla base di due colloqui molto ravvicinati nel tempo con la paziente (12.12.-20.12.2018), ha confermato a livello diagnostico un disturbo affettivo distimico, escludendo a priori la diagnosi di depressione maggiore formulata da parte dei suoi psichiatri curanti, che hanno avuto invece modo di seguire in modo regolare e continuo la paziente nel corso degli anni, tutt'oggi dalla sottoscritta. Tenuto conto delle oscillazioni del tono dell'umore, che la paziente può manifestare sia in senso positivo, sia in senso negativo, la perizia psichiatrica avrebbe pertanto dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo con un numero maggiore di osservazioni e colloqui per permettere una valutazione più accurata, in modo da poter accertare il decorso longitudinale del grave disturbo affettivo, di cui la paziente risulta essere affetta. Da considerare inoltre che secondo ICD-10 per gli episodi depressivi di tutti i tre livelli di gravità (lieve-medio-grave) è in genere richiesta una durata di almeno due settimane, ma periodi più brevi sono accettabili se i sintomi sono insolitamente gravi o ad esordio rapido. Sempre secondo ICD-10 l'età di esordio e la gravità, la durata e la frequenza degli episodi depressivi sono tutte molto variabili – i singoli episodi possono durare tra i 3 mesi e i 12 mesi, sebbene la remissione sia di solito completa

tra gli episodi, in alcuni casi – come il presente – si può sviluppare una depressione persistente. Contrariamente a quanto affermato da parte della Dr.ssa \_\_\_\_\_ anche nell’arco di 7 mesi risulta quindi possibile, nell’ambito di un disturbo depressivo ricorrente, l’alternarsi di episodi depressivi a fasi di totale benessere (eutimia), con un andamento che può risultare d’altra parte peculiare per ogni individuo. In merito al disturbo personologico, la paziente ha dovuto confrontarsi con eventi di vita per lei molto stressanti (problemi di salute, interventi chirurgici, perdita del lavoro, divorzio...), che hanno contribuito a slatentizzare nel corso degli ultimi anni dei tratti disfunzionali di personalità, che hanno assunto un significato maggiormente disadattivo delineandosi verso una personalità caratterizzata da una presenza di marcati tratti ansiosi, depressivi, di tipo autosvalutativo, passivo, dipendenti: trattasi di una persona semplice, poco differenziata, con scarse capacità di insight e mentalizzazione, con marcata tendenza ad elaborare il proprio disagio e conflitti psicologici attraverso l’espressione di sintomi somatici, e del dolore fisico. Non si rileva dunque un gruppo preminente di sintomi che orienti verso una diagnosi più specifica di personalità, quanto piuttosto aspetti (o tratti personologici) diversi, che portano alla diagnosi di disturbo di personalità misto. Tale condizione in quanto tale viene descritta sia nel mio scritto del 02.08.2018, sia in quello del 06.03.2019. Il quadro psicopatologico permane dunque caratterizzato da un assetto psichico alquanto precario ed instabile, complessivamente grave che interferisce sempre più con la routine quotidiana, nella vita familiare, sociale con limitazioni preponderanti delle prestazioni lavorative, perdita di integrazione nei vari ambiti della vita. La paziente risulta quindi essere andata incontro ad un importante deterioramento dei rapporti interpersonali con marcato ritiro emotivo e sociale: prevalgono stati di apatia, di passività con sentimenti di rassegnazione ed incapacità personale ad affrontare i problemi della vita, con tendenza sempre più marcata ad assumere un atteggiamento passivo e pseudoregressivo, oltreché riluttanza a farsi carico di rischi e responsabilità, a intraprendere nuove attività, col risultato di una mancanza di progettualità e scarsa mobilitazione delle proprie energie. Da segnalare che la paziente per qualsiasi presa di posizione (separazione, richiesta di assistenza, invalidità, ...) è sempre stata ed è tutt’oggi supportata dai propri figli, in quanto non risulta essere in grado di prendere decisioni attive e provvedere ai vari aspetti di carattere amministrativo e finanziario, contrariamente a quanto riportato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_. Anche il suo desiderio di andare a vivere da sola, è dettato dal fatto che la paziente vive insieme al figlio sposato con due figlie piccole in un appartamento di 70-80 metri quadrati, dove la convivenza risulta piuttosto disagiata in considerazione del suo stato di salute. Ribadisco inoltre che la paziente \_\_\_\_\_, presenta delle importanti difficoltà nell’espressione linguistica, come d’altra parte già evidenziato nella valutazione neuropsicologica del 14.07.2015 – “... si esprime in italiano tuttavia esibisce delle difficoltà nella costruzione morfosintattica delle frasi ed il suo vocabolario è scarso...”. Le consultazioni con la sottoscritta a causa della lingua, avvengono spesso in presenza della figlia, in modo che possa ricevere informazioni più dettagliate e complete sulla sua persona e sul suo stato di salute. Per una sufficiente indagine peritale dal profilo psichiatrico, la paziente per le sue scarse conoscenze della lingua italiana si sarebbe pertanto dovuta sottoporre ad un accertamento nella sua lingua madre con l’ausilio di un traduttore, unitamente ad una rivalutazione neuropsicologica, oltreché psicodiagnostica in ambito testale, il tutto per permettere una corretta ed esaustiva valutazione del suo funzionamento e della sua personalità, quindi delle sue effettive capacità lavorative residue, a mio avviso per i motivi sopradescritti, non valutate adeguatamente.” (doc. B) Il 9 agosto 2019 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha preso posizione,

affermando: " (...) Nella mia precedente presa di posizione del 29 aprile 2019 ho spiegato i motivi per i quali mi sono discostata sia nell'attuale perizia che in quella precedente rispetto alla diagnosi di una depressione maggiore ricorrente. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ fa riferimento alla diagnosi precedente della Dr.ssa \_\_\_\_\_ rispetto ad un primo episodio depressivo per sostenere la sua diagnosi di depressione ricorrente ma ricordo che in corso di perizia del 20.03.2017- tale diagnosi da me era stata esclusa e mi ero invece orientata sulla diagnosi di una distimia come descritto a pag. 17 del mio elaborato peritale. Nella mia perizia del 31 dicembre 2018 ho argomentato le motivazioni che mi portavano a discostarmi dalla diagnosi della curante di un episodio depressivo grave e a tal proposito rimando alla lettura del Capitolo "diagnosi" a pag. 12 oltre che di un disturbo di personalità. Nella mia presa di posizione dell'aprile scorso ho cercato di chiarire come a livello cronologico una tale diagnosi di ricorrenza non possa essere sostenuta in virtù che la curante attesta da agosto 2018 dove cita a suo giudizio un episodio depressivo maggiore grave e il suo scritto del marzo 2019 nel quale afferma la presenza di ripetuti episodi, avendo io visto l'assicurata l'ultima volta il 20 dicembre 2018. Il successivo scritto della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 7 giugno 2019 non mi chiarisce il numero di episodi avuti nel caso della sua assicurata quando questi sarebbero avvenuti, ma si limita a dire che per l'ICD 10 possono durare meno di due settimane né viene descritto un peggioramento del quadro clinico dopo la mia valutazione. Riguardando i criteri del manuale ICD 10 – DCR10 sulla definizione dell'Episodio depressivo F32 non trovo l'affermazione temporale della collega rispetto alla durata di un episodio depressivo "... una durata di almeno due settimane, ma periodi più brevi sono accettabili se i sintomi sono insolitamente gravi o ad esordio rapido". Il criterio G1 (DRC10) dell'ICD10 cita testualmente "l'episodio depressivo deve durare almeno due settimane". Nei criteri di definizione sempre ICD 10- DCR 10 rispetto alla sindrome depressiva ricorrente si legge: G1 "vi è stato in passato almeno un episodio depressivo di grado lieve (F32.0), medio (F 32.1) o grave (F.32.2 o F 32.3), che è durato almeno due settimane ed è stato separato dall'episodio attuale da un periodo di almeno di due mesi senza nessun disturbo significativo dell'umore". Rispetto alla questione linguistica la signora ha mostrato competenze sufficienti per raccogliere le informazioni necessarie per una valutazione (anche nelle precedenti perizie non era stato coinvolto un interprete ufficiale) e già nella mia scorsa presa di posizione ho spiegato il motivo per il quale non ho ritenuto indicato fare più valutazioni nel tempo. In conclusione confermo il mio rapporto peritale del 31.12.2018." (doc. VIII/1) Il 16 settembre 2019 la curante, dr.ssa med.

\_\_\_\_\_, ha affermato: " (...) Nel corso degli ultimi anni, perlomeno durante la presa a carico psichiatrica da parte mia, regolare e continua ho riscontrato una sintomatologia depressiva che per gravità e numero dei sintomi corrispondeva ai criteri per una depressione maggiore ricorrente, caratterizzata dall'alternarsi di ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve e medio/grave, a fasi distimiche di breve durata, ciò in comorbidità con un grave disturbo somatoforme ed aspetti psicopatologici di personalità (v. rapporto del 07.06.2019). I criteri diagnostici per poter porre la diagnosi di disturbo depressivo maggiore ricorrente richiedono " la presenza di due o più episodi depressivi maggiori e per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno due mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore ". Inoltre secondo ICD-10 la durata minima di un episodio depressivo può essere di circa due settimane, se i sintomi sono particolarmente gravi e ad esordio molto rapido, può essere giustificato porre la diagnosi di episodio depressivo grave anche dopo meno di due settimane. Il disturbo depressivo maggiore nel caso della paziente si è sovrapposto al

disturbo distimico, quest'ultimo caratterizzato da una depressione cronica con presenza costante di sintomi depressivi simili a quelli del disturbo depressivo maggiore, ma meno gravi. Secondo DSM-IV-TR " la diagnosi differenziale tra disturbo distimico e disturbo depressivo maggiore è particolarmente difficile, poiché i due disturbi condividono sintomi simili e le differenze in esordio, durata, persistenza e gravità non sono facilmente valutabili retrospettivamente – Inoltre quando il disturbo distimico ha una durata di molti anni, l'alterazione dell'umore può non essere facilmente distinta dal funzionamento "abituale" dell'individuo – Inoltre se il disturbo distimico precede l'esordio del disturbo depressivo maggiore è meno probabile un completo recupero interepisodico spontaneo tra gli episodi depressivi maggiori ed è più probabile che si abbiano successivi episodi più frequenti ". Nella valutazione peritale del 31.12.2018, la Dr.ssa \_\_\_\_\_ sulla base di due colloqui molto ravvicinati nel tempo con la paziente (12.12-20.12.2018) ha escluso a priori la diagnosi di depressione maggiore, sebbene da parte della sottoscritta come psichiatra curante, siano stati oggettivati degli episodi depressivi ben più gravi, che sulla base dei criteri sopradescritti sono ascrivibili nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente. Tenuto conto pertanto delle oscillazioni del tono dell'umore, che la paziente manifesta in senso positivo, sia in senso negativo, della complessità del quadro psicopatologico, ribadisco che la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo con un numero maggiore di osservazioni e colloqui (nella sua lingua madre!) per permettere una valutazione più accurata ed oggettiva, ed accertare il decorso longitudinale del grave disturbo affettivo, di cui la paziente risulta essere affetta. Mi permetto pertanto di ribadire quanto precedentemente osservato nel mio scritto del 07.06.2019, discostandomi completamente dalla presa di posizione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 09.08.2019, sia per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, sia per quanto concerne conseguentemente la valutazione della sua effettiva capacità lavorativa." (doc. C) L'UAI ha osservato che le critiche espresse dalla curante sono analoghe a quelle precedenti già contenute nei referti del 6 marzo 2019 e del 7 giugno 2019 ed ha chiesto la reiezione del ricorso (doc. XVI).

2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 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, ad 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) 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele

molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi 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 TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), 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, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata 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'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale 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 TF 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 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 TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018

del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia psichiatrica della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia del 31 dicembre 2018 (pag. 521 e seguenti incarto AI) e della perizia reumatologica del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna, del 4 febbraio 2019 (pag. 543 e seguenti incarto AI). I referti sono da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa della ricorrente sulla base delle visite effettuate presso di loro. Ai referti va attribuita piena forza probante. 2.6.1. Per quanto concerne l'aspetto reumatologico il dr. med. \_\_\_\_\_ ha spiegato nel dettaglio i motivi per i quali lo stato di salute della ricorrente, rispetto all'ultima valutazione del 23 maggio 2017, è rimasto sostanzialmente invariato e le ragioni per le quali i nuovi referti non sono atti a modificare le conclusioni relative alla capacità lavorativa nella sua precedente attività ed in attività adatte e confacenti allo stato di salute dell'insorgente. Lo specialista ha in particolare esaminato i referti delle RMN cervicali del 12 aprile 2017 e del 25 luglio 2018 e la RMN lombare dell'8 giugno 2017, oltre al certificato della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna del 23 luglio 2018 (pag. 542 incarto AI) ed ha accertato che "rispetto alla precedente perizia non vi sono stati nuovi problemi di salute particolari" (pag. 543 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_ evidenzia che "dal punto di vista clinico risulta un esame sovrapponibile al precedente caratterizzato da una limitazione dolorosa di tutti i movimenti cervicali e lombari per altro tutti attivamente contrariati con un reperto che si può definire nel complesso invariato" (pag. 552 incarto AI) e che "in conclusione, per quanto riguarda la problematica generale, cervicale, lombare e della spalla sx non posso constatare un'evoluzione significativa rispetto alla precedente perizia del maggio 2017" (pag. 553). Egli ha pertanto confermato le incapacità lavorative accertate con la perizia del 23 maggio 2017 (pag. 554-555 incarto AI). La ricorrente non ha apportato alcuna documentazione medica specialistica atta a sovvertire le convincenti e motivate valutazioni del perito reumatologo. Ella si limita in sostanza a rinviare alle valutazioni della propria curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non specialista in reumatologia ma in medicina interna e il cui unico referto prodotto nell'ambito dell'ultima domanda, datato 23 luglio 2018, si esaurisce in un elenco delle patologie di cui è affetta la ricorrente con l'indicazione conclusiva che "per le problematiche elencate a margine la paziente risulta incapace al lavoro nella misura del 100% presumibilmente in modo permanente" (pag. 489-490), senza tuttavia addurre alcuna spiegazione, né allegare reperti medici oggettivi che possano far dubitare delle conclusioni del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha tenuto conto delle diagnosi poste dalla curante (pag. 548 incarto AI). Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalla valutazione reumatologica. 2.6.2. Circa la patologia psichiatrica la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato la ricorrente in data 12 dicembre 2018 ed in data 20 dicembre 2018, esaminato anche il certificato della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, e rivisitata l'anamnesi

psicopatologica (pag. 526 e seguenti incarto AI), ha spiegato nel dettaglio, a pag. 12 e 13 della perizia (pag. 532-533 incarto AI), per quale motivo ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di distimia (ICD 10 F 34.1) e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) e le ragioni per le quali si è distanziata dalla diagnosi della curante. La specialista ha in particolare evidenziato di non poter confermare la diagnosi di un grave episodio depressivo maggiore, ritenuto come l'esame obiettivo e la valutazione del decorso clinico non evidenziano criteri sufficienti per tale diagnosi poiché il quadro clinico appare del tutto sovrapponibile a quello presentato nel 2017. La perita non ha riscontrato cali dell'umore importanti, dello slancio vitale, della motivazione, né la perdita importante degli interessi. Non vi sono importanti deficit cognitivi obiettabili, ma soltanto soggettivamente riferiti. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha precisato che " anche l'assicurata non ha riferito una modificazione del suo stato di salute negli anni che, a suo dire, è rimasto invariato " (pag. 532 incarto AI). La perita ha poi escluso la presenza di un disturbo misto di personalità, non essendovi segni di malfunzionamento personale, sociale, lavorativo, preesistenti alla diagnosi psichiatrica di distimia presente da svariati anni ed ha spiegato che appare improbabile anche secondo la definizione ICD-10 che un disturbo di personalità compaia in così tarda età. Secondo ICD un disturbo di personalità esordisce infatti nell'infanzia o nell'adolescenza e nel caso di specie non vi è alcun antecedente di malfunzionamento in quel periodo. Né vi sono segni di modificazione duratura della personalità. La specialista indica poi che la sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F. 45.4) non ha una ripercussione sulla capacità lavorativa poiché non si è assistito ad una perdita di relazioni e di contatto con tutti gli ambiti della vita e l'insorgente ha un beneficio, seppur temporaneo, del trattamento proposto. L'interessata mantiene una strutturazione della propria giornata. La perita ha poi esposto nel dettaglio la sua valutazione, sulla base anche dello schema Mini ICF-APP ed ha potuto stabilire che il quadro clinico appare invariato sia rispetto alla precedente valutazione del 20 marzo 2017 della stessa dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (quando erano stati effettuati due colloqui in data 8 e 17 marzo 2017), sia rispetto a quella del 21 gennaio 2013 eseguita dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 191 e seguenti incarto AI) ed ha confermato la valutazione dell'incapacità lavorativa accertata nel 2017 sia nella precedente attività che in attività adeguate (pag. 536 incarto AI). Le prese di posizione del 6 marzo 2019 (pag. 574-576 incarto AI), del 7 giugno 2019 (doc. B) e del 16 settembre 2019 (doc. C) della curante dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, non sono atte a sovvertire le convincenti e motivate conclusioni peritali. La curante insiste nel ritenere la presenza di una depressione maggiore ricorrente caratterizzata dall'alternarsi di ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio/grave a fasi di distimia di breve durata in comorbidità con un grave disturbo somatoforme ed aspetti psicopatologici di personalità. La perita ha tuttavia spiegato, sia nella perizia, sia nel referto del 29 aprile 2019 (pag. 591-592 incarto AI), il motivo per il quale tali diagnosi non possono essere confermate. La dr.ssa \_\_\_\_\_ rileva segnatamente da una parte una discordanza diagnostica tra quanto affermato dalla curante il 2 agosto 2018 (grave episodio depressivo maggiore in associazione con un disturbo misto di personalità) e quanto rilevato il 6 marzo 2019 (grave disturbo somatoforme in concomitanza con un episodio depressivo maggiore ricorrente che ha presentato ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve e medio grave in associazione ad una distimia) e dall'altra evidenza come la diagnosi di episodio depressivo maggiore non è conforme a quanto riscontrato in occasione delle visite peritali del dicembre 2018 e del limitato periodo di tempo intercorso tra le due valutazioni della

curante (agosto 2018 e marzo 2019) per poter ritenere, sulla base della classificazione internazionale ICD, il sorgere e lo svilupparsi della patologia descritta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Tanto più che i due periti che hanno esaminato la ricorrente in passato, ossia il dr. med. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, erano giunti a conclusioni simili a quelli della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Anche per la diagnosi di disturbo di personalità, assente nel 2017 ed in precedenza, non vi sono elementi medici oggettivi per poter ritenere, sulla base della classificazione ICD, una sua presenza a partire dal 2018. Tale diagnosi implica infatti elementi premorbosi presenti fin dall'infanzia o dall'adolescenza. Infine, neppure il disturbo somatoforme da dolore persistente può essere diagnosticato quale patologia con ripercussioni sulla capacità lavorativa in assenza di isolamento in tutti gli ambiti della vita. La strutturazione della giornata era analoga a quella del 2017, vi era un interesse per le attività a lei utili, non vi era una patologia grave associata. È vero che con le osservazioni del 7 giugno 2019 la curante sostiene che non vi sarebbe alcuna discordanza tra le diagnosi poste, anche perché già la precedente curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, aveva evidenziato la presenza di uno stato depressivo di media gravità (doc. B) e che la dr.ssa \_\_\_\_\_ non avrebbe potuto rilevarla poiché ha visitato l'insorgente in due sole occasioni, nell'arco di pochi giorni nel dicembre 2018. Tuttavia non va dimenticato che la perita aveva già avuto occasione di esaminare lo stato valetudinario della ricorrente nel corso del mese di marzo 2017, nell'ambito di due visite (8 e 17 marzo 2017) che neppure in quel caso avevano portato a ritenere la presenza di una patologia depressiva ricorrente. Nel referto del 20 marzo 2017 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ aveva già esaminato la diagnosi posta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e non l'aveva confermata, ritenendo piuttosto la presenza di una distimia (pag. 17 perizia [pag. 416 incarto AI]: “[...] rispetto all’ultima valutazione peritale della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del gennaio 2013 riscontro un decorso sostanzialmente invariato che mi porta a confermare la diagnosi di una distimia. Infatti il decorso clinico non ha messo in evidenza fasi di remissione completa, l’umore è stato descritto come costantemente deflesso, associato a disturbi del sonno ora medicati. Difficoltà soggettiva alla concentrazione. Riduzione degli interessi ma non perdita, ridotta attività. Sintomi la cui intensità non è tale da soddisfare i criteri per un episodio depressivo maggiore. Infatti non si rilevano deficit cognitivi, l’umore non è deflesso in maniera significativa, non vi sono ruminazioni depressive, la perdita di interessi e piacere non è completa, mantiene una strutturazione della giornata, non vi è abulia, anedonia e apatia. Si nota un certo atteggiamento regressivo che comunque non si accompagna ad un impoverimento a livello delle funzioni psichiche e cognitive o alla ricerca di un vantaggio primario da parte della malattia [...]”]; cfr. anche pag. 12 perizia [pag. 411 incarto AI]). Come evidenzia la perita, nelle osservazioni del 7 giugno 2019 (ed in quelle del 16 settembre 2019) la curante non chiarisce il numero di episodi depressivi e quando sarebbero avvenuti, ma si limita a riportare alcuni estratti della classificazione ICD a sostegno della sua tesi, senza tuttavia esprimersi più dettagliatamente circa il caso concreto. Non vi sono pertanto motivi per distanziarsi dalla valutazione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Del resto, non va dimenticato che secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla

capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Va poi rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l'assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010). Alla ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C\_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Con sentenza 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 il TF ha inoltre rammentato, al consid. 4.2, che “ il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti )” e che “ al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo ”. Quanto alla circostanza che l'interessata, \_\_\_\_\_, presenta importanti difficoltà nell'espressione linguistica e che avrebbe dovuto essere peritata nella sua lingua madre in presenza di un interprete (doc. B), ci si potrebbe chiedere se la censura non sia tardiva e contraria al principio della buona fede, ritenuto che l'interessata non aveva contestato la tenuta della perizia in lingua italiana e l'assenza di un traduttore (cfr. anche sentenza 9C\_37/2011 del 20 giugno 2011). Del resto, a prescindere dal fatto che la perita ha ritenuto sufficienti le competenze della ricorrente per raccogliere le valutazioni necessarie per la valutazione (doc. VIII/1; cfr. anche perizia pag. 11 [pag. 531 incarto AI]: “[...] di madre lingua \_\_\_\_\_, tuttavia mostra una sufficiente padronanza della lingua parlata italiana, non è necessario avvalersi di un interprete [...] ”), va poi evidenziato come l'insorgente fosse già stata peritata in tre occasioni in ambito psichiatrico in lingua italiana (dr. med. \_\_\_\_\_ [29 settembre 2009, pag. 87 e seguenti incarto AI]; dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [21 gennaio 2013, pag. 191 e seguenti incarto AI quando la perita a pag. 196 ha affermato: “[...] buona la padronanza della lingua italiana [...] ” e dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [20 marzo 2017; pag. 400 e seguenti incarto AI]). Inoltre l'interessata si trova in Svizzera dal 1998 (pag. 23 incarto AI), ha lavorato da ultimo quale venditrice in Ticino (pag. 25 incarto AI) ed è al beneficio di un permesso di domicilio di tipo “C” (pag. 487 incarto AI), ciò che presuppone una certa integrazione nel tessuto sociale ticinese, compresa la comprensione della lingua. 2.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni delle perizie della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_, che sono state confermate il 5 febbraio 2019 dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 538-541 incarto AI). A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono

nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In queste condizioni, rammentato che l'UAI ha prodotto l'intero incarto con la risposta di causa (cfr. doc. VIII, pag. 4), la richiesta di assumere ulteriori prove formulata dalla ricorrente, ossia sentire quali testi le curanti, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che, come visto in precedenza, hanno già prodotto le loro prese di posizione ed allestire una perizia pluridisciplinare, va respinta, poiché gli atti medici prodotti dalle parti sono sufficienti per esprimersi nel merito della vertenza. Questo Tribunale, ritenuto che i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.8. La ricorrente sostiene che né la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, né il dr. med. \_\_\_\_\_, né l'UAI indicano quali attività lavorative potrebbe svolgere. Va qui rammentato che il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). In concreto, l'UAI ha fatto capo alla valutazione della consulente in integrazione professionale del 4 ottobre 2017 (pag. 449 e seguenti incarto AI), dove figura che la ricorrente è abile al lavoro al 67% nella precedente attività ed al 70% in attività adeguata. “Oltre all'attività abituale legata alla vendita, nel caso specifico sono considerate esigibili per l'A. tutte quelle attività non qualificate, leggere, semplici, che rispettano i limiti funzionali della stessa. Trattasi di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo di adeguamento” (pag. 450 incarto AI). Accertato che la capacità lavorativa della ricorrente non ha subito alcuna modifica rispetto

all'ultima decisione, l'UAI ha in sostanza confermato quanto stabilito con la precedente decisione del 20 novembre 2017, ossia che non vi è alcun diritto alla rendita “ in considerazione dell'incapacità lavorativa del 33% nell'abituale attività e in riferimento alla sentenza del Tribunale Federale (TF) DTF 114 V 313, consid. 3b il grado AI (...) risulta quindi essere della medesima misura dell'incapacità lavorativa nella sua attività ossia 33%” (cfr. pag. 467 incarto AI). Questo Tribunale evidenzia che, per i motivi che seguono, anche si volesse procedere con l'abituale raffronto dei redditi, l'assicurata non avrebbe comunque diritto ad una rendita. 2.9. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (sentenza 9C\_297/2018 del 9 agosto 2018, consid. 3.2; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). In concreto, poiché la ricorrente non lavora più quale venditrice dal 2006, occorre far capo ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'ufficio federale di statistica (cfr. sentenza 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017). Circa il 2016, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari di quell'anno edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; DTF 142 V 178) , il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività di vendita (settore

#### **E. 47**

commercio al dettaglio; livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015 ) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'680.- (fr. 4 '390.- x 12 mesi). Riportando tale dato su

41.8 ore di durata media lavorativa settimanale nel 2016 ( Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique ”) si ottiene un reddito di fr. 55'050.60 (52'680 : 40 X 41.8). Nel 2018, con durata di lavoro sempre di 41.8 ore, il reddito ammonta a fr. 55'927.70 (55'050.60 : 106.7 x 108.4).

2.10. Circa 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 una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Circa il 2016, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari di quell'anno edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1

2016\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'356.- (fr. 4'363.- x 12 mesi). Aggiornandolo al 2018, con orario di lavoro pari a 41.7 ore settimanali, secondo l'indice dei salari nominali per le donne, il dato statistico corrisponde a fr. 55'048.97 per un impiego a tempo pieno (52'356 : 40 X 41.7 : 105 X 105.9). 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. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (consid. 4.2 “ [...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de

permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...] ”). Nel caso di specie, tenuto conto dell'insieme delle circostanze, secondo il TCA va applicata una riduzione globale (cfr. sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 e sentenza 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 al consid. 6.2.1) del 10% per la necessità di effettuare attività leggere e per altri fattori di riduzione, conformemente a quanto previsto dalla giurisprudenza in casi simili (cfr. sentenza 8C\_549/2016 del 19 gennaio 2017 dove il TF, in ambito di assicurazione contro gli infortuni, ha confermato la riduzione del 10% ad un assicurato capace al lavoro al 60% che chiedeva una riduzione maggiore [consid. 6]; sentenza 8C\_418/2015 del 7 ottobre 2015 dove il TF ha confermato una riduzione del 10% mentre il ricorrente ne chiedeva una del 25% [consid. 6.5]; sentenza 9C\_191/2015 del 1° giugno 2015 dove il TF ha annullato la riduzione del 10% calcolata dal Tribunale cantonale sangallese perché le limitazioni derivanti dalla patologia psichica [possibilità di lavorare solo in certi luoghi, attività in cui non sia messo sotto pressione] erano già comprese nella riduzione del rendimento); sentenza 9C\_845/2014 del 25 febbraio 2015 dove il TF ha accolto un ricorso dell'UAI che aveva calcolato un grado d'invalidità del 39% senza assegnare alcuna riduzione, allorché i giudici cantonali basilesi avevano ridotto del 10% il salario da invalido ed avevano assegnato all'assicurato un quarto di rendita [consid. 5.2]; sentenza 9C\_248/2013 del 17 ottobre 2013 dove il TF ha confermato una riduzione del 10% per un assicurato abile al 50% nella precedente attività [consid. 3.5.3]; sentenza 9C\_44/2011 del 1° settembre 2011 al consid. 5.4.1. dove per un assicurato capace al lavoro al 40% in attività leggere [consid. 4.1] a causa di una patologia cardiaca, è stata riconosciuta una riduzione del 10%). Raffrontando il reddito da valida di fr. 55'927.70 con quello da invalida di fr. 55'048.97, ridotto del 30% (incapacità lavorativa) a fr. 38'534.28 e di ulteriori 10% (riduzione sociale) a fr. 34'680.85, si ottiene un grado d'invalidità del 37.98%, arrotondato conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121) al 38% che non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI). 2.11. La ricorrente chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa. Ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 LPGa se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare del patrocinio gratuito. Qualora un assicurato non disponga di sufficienti mezzi finanziari, le sue conclusioni non siano sprovviste di possibilità di successo e la lite non sia priva di difficoltà di ordine fattuale o giuridico, egli ha diritto al gratuito patrocinio nella procedura di opposizione del diritto delle assicurazioni sociali (SVR 2004 EL Nr. 4). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGa, l'art. 37 cpv. 4 LPGa utilizzi la formulazione " se le circostanze lo esigono ", anziché quella " se le circostanze lo giustificano ", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa ( Kieser , ATSG-Kommentar, 3a edizione, 2015, n. 35 ad art. 37, pag. 530 e seguenti; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Peraltro, giusta l'art. 37 cpv. 4 LPGa, la concessione del gratuito patrocinio richiede una domanda in questo senso ( Kieser , op. cit., n. 33 ad art. 37, pag. 529). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria ( Kieser , op. cit., n. 22 ad art. 37, pag. 504-505).

Quindi, le tre condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono adempite qualora l'assistenza di un avvocato appaia necessaria o comunque indicata, se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (sentenza 8C\_353/2019 del 2 settembre 2019, consid. 3.1; sentenza 8C\_669/2016 del 7 aprile 2017, consid. 2.1; sentenza 9C\_29/2017 del 6 aprile 2017, consid. 1; DTF 132 V 200, consid. 4.1; DTF 125 V 202 consid. 4a; DTF 125 V 372 consid. 5b e riferimenti; DTF 124 I 1, consid. 2a, pag. 2; DTF 121 I 323 consid. 2a, DTF 120 Ia 15 consid. 3a, 181 consid. 3a). Queste condizioni di concessione dell'assistenza giudiziaria, poste dalla giurisprudenza sotto l'egida dell'art. 4 vCost. fed., sono applicabili alla concessione dell'assistenza gratuita di un consigliere giuridico nella procedura d'opposizione (STFA I 557/04 del 29 novembre 2004, consid. 2.1; SVR 2007 EL Nr. 7, consid. 5.2.2). Tuttavia, la questione di sapere se esse sono realizzate deve essere esaminata in virtù di criteri più severi nella procedura amministrativa (Kieser, op. cit., n. 28 e n. 35 ad art. 37, pag. 528 e 530). A tal proposito, occorre tenere conto delle circostanze del caso concreto, della particolarità delle regole di procedura applicabili, così come delle specificità della procedura amministrativa in corso. In particolare, occorre menzionare, oltre alla complessità delle questioni di diritto e dei fatti, le circostanze concernenti la persona in oggetto, come la sua capacità di orientarsi in una procedura. Quale regola generale, il gratuito patrocinio è necessario quando la procedura è suscettibile di riguardare in maniera particolarmente grave la situazione giuridica della persona interessata. Altrimenti, una tale necessità esiste soltanto quando alla relativa difficoltà del caso si aggiunge la complessità della fattispecie o dei quesiti giuridici, alla quale il richiedente non è in grado di farvi fronte da solo (sentenza 8C\_669/2016 del 7 aprile 2017, consid. 2.1 con riferimenti alla DTF 130 I 182 consid. 2.2, alla DTF 125 V 32 consid. 4b e alla sentenza 8C\_931/2015 del 23 febbraio 2016 pubblicata in SVR 2016 IV n. 17 pag. 50; cfr. anche SVR 2007 EL Nr. 7, consid. 5.2.2). La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, ossia dalla particolarità delle norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non dev'essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussista la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso (" Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist .", cfr. DTF 125 V 35 consid. 4b e riferimenti; DTF 119 Ia 265) oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione (" E ine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt" ; DTF 132 V 201 consid. 4.1 con riferimenti). Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA I 447/04 del 2 marzo 2005, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato

presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo, cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza confermata nella STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008). 2.12. Nella più volte citata DTF 132 V 200, al considerando 4.1 il Tribunale federale ha affermato che la necessità di patrocinio da parte di un legale è data nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni di invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione. Con sentenza I 928/05 del 4 dicembre 2006 in una vertenza relativa all'assicurazione invalidità, l'allora TFA ha osservato che la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura amministrativa va riconosciuta solo in casi eccezionali e dipende dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. In quell'occasione, l'Alta Corte ha negato la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione. Nella sentenza 9C\_991/2008 del 18 maggio 2009, al consid. 4.4.1 e con riferimento alla DTF 132 V 200, il TF ha confermato questa giurisprudenza, rammentando che di principio la presenza di un legale già in sede amministrativa non è necessaria. Nella sentenza I 746/06 dell'8 novembre 2006, il TFA ha indicato i seguenti casi di applicazione della propria giurisprudenza: "(...) 3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Notwendigkeit einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren etwa bejaht in Fällen, wo sich die versicherte Person mit mehreren Arztberichten und Gutachten und einem Abklärungsbericht Haushalt auseinandersetzen und zu dem im Rahmen der gemischten Methode vorgenommenen Einkommensvergleich Stellung zu nehmen hatte (Urteil O. vom 27. April 2005 Erw. 7.3, I 507/04), oder wo die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sehr umstritten, die Einkommensberechnung in der Verfügung nicht nachvollziehbar und zudem weitere Einkommensbestandteile umstritten waren (erwähntes Urteil I 75/04 Erw. 3.3), oder in einem Fall, in welchem sich der Versicherte während Jahren wiederholt und erfolglos an die Verwaltung gewandt hatte, ohne dass für die ausserordentlich lange Verzögerung fallbezogene Gründe ersichtlich waren (Urteil W. vom 12. Oktober 2004 Erw. 4.2, I 386/04). Verlangt werden somit qualifizierende, besondere Umstände. (...)". Con sentenza 32.2008.164 dell'11 maggio 2009 questo Tribunale, nell'ambito di una procedura inerente l'assicurazione invalidità, ha rifiutato ad un'assicurata l'assistenza giudiziaria in sede amministrativa (mentre l'ha ammessa in sede ricorsuale), poiché, pur essendo oggetto del contendere il diritto ad una rendita AI, sulla base della rigorosa giurisprudenza federale, non ha ritenuto necessaria la presenza di un patrocinatore già in sede amministrativa ritenuto che la fattispecie non era particolarmente complessa. Anche nella STCA 36.2012.50 del 12 settembre 2012 questo TCA ha ritenuto sproporzionato far capo ad un rappresentante allorché la questione del mancato pagamento delle prestazioni farmaceutiche è stata risolta senza neppure la necessità di dover avviare una procedura amministrativa tramite l'emanazione della decisione formale e poi della decisione su opposizione per poter utilizzare correttamente la propria tessera farmaceutica. Il Tribunale ha rilevato che si trattava semplicemente di intervenire presso l'assicuratore per capire cosa fosse successo e quindi era sufficiente scrivere autonomamente, senza far capo ad un esperto, una lettera alla Cassa malati, chiedendo per quale motivo le prestazioni farmaceutiche del figlio non erano state rimborsate, rispettivamente perché le tessere di farmacia dei figli apparivano bloccate. Il 4 febbraio 2015 con sentenza 32.2014.48 il TCA ha concluso che rettamente l'Ufficio AI ha ritenuto non giustificato l'intervento di un legale, visto che quel caso, in cui un'assicurata è stata ritenuta inabile al lavoro al 100% per motivi psichici solo come

salariata e non anche come casalinga con conseguente rifiuto di una rendita di invalidità (grado AI del 26%), rientrava nella consueta casistica di questo genere di problematiche. Pertanto, giustamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di gratuito patrocinio, senza accertare l'eventuale indigenza dell'assicurata, né valutare se la causa fosse palesemente priva di successo. Con sentenza 8C\_931/2015 del 23 febbraio 2016, pubblicata in SVR 2016 IV Nr. 17, l'Alta Corte ha ricordato che, nella procedura amministrativa, la necessità di patrocinio da parte di un avvocato può essere ammessa soltanto in casi eccezionali (cfr. consid. 3). Nel caso esaminato, concernente un nomade, il TF ha ritenuto che un competente patrocinio da parte di un mandatario che non era avvocato era stato nel complesso oggettivamente possibile ed esigibile, motivo per cui un gratuito patrocinio da parte di un avvocato non era necessario (cfr. consid. 5.3). Nella sentenza 8C\_676/2015 del 7 luglio 2016 (SVR 2016 IV Nr. 41), parzialmente pubblicata in DTF 142 V 342, il Tribunale federale ha giudicato il caso di un agente di sicurezza che è stato ferito durante il suo lavoro. L'Ufficio AI ha raccolto degli atti medici e una perizia e ha dapprima respinto la richiesta di gratuito patrocinio, poi ha negato il diritto a una rendita di invalidità. Per quanto concerne la necessità del patrocinio da parte di un avvocato nella procedura amministrativa, l'Alta Corte ha affermato che per riconoscere i punti deboli di una perizia medica sono necessarie determinate conoscenze mediche e giuridiche della fattispecie. Nel caso giudicato non si poteva parlare di un caso complesso anche se si è trattato di applicare la prassi in ambito di dolore somatoforme. Il TF ha evidenziato che se si ritenesse il contrario, ciò porterebbe in pratica a dovere riconoscere il diritto al gratuito patrocinio in ogni procedura amministrativa, nella quale si deve discutere di una perizia medica, ciò che sarebbe contrario alla nozione dell'art. 37 cpv. 4 LPGA come deroga. L'assenza di conoscenze giuridiche non è atta a fondare la necessità di un patrocinio legale. Il fatto che viga il principio inquisitorio giustifica l'applicazione di un parametro restrittivo (cfr. consid. 7.2 non pubblicato). Al ricorrente è stato concesso il gratuito patrocinio per la sede federale (cfr. consid. 8). Con sentenza 8C\_353/2019 del 2 settembre 2019 il TF ha accolto il ricorso di un Ufficio AI contro una sentenza del Tribunale cantonale del Canton Zurigo che aveva riconosciuto l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo, ritenendo non dati i presupposti. Cfr. anche le sentenze 32.2018.55 del 4 marzo 2019 e 32.2018.218 del 14 ottobre 2019 con cui il TCA ha rifiutato l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo. 2.13. Nell'evenienza concreta dalle tavole processuali emerge che l'interessata, personalmente, il 2 agosto 2018 ha segnalato all'UAI un peggioramento del suo stato di salute ed ha allegato un referto del 2 agosto 2018 della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 473-475 incarto AI). Sulla base di tale documentazione il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha ritenuto dati i presupposti per entrare nel merito della domanda (pag. 472 incarto AI) e l'UAI ha scritto all'avv. RI 1 per chiederle l'inoltro della nuova richiesta di prestazioni (pag. 471 incarto AI). La domanda è stata trasmessa il 28 agosto 2018 (pag. 498 incarto AI), con allegata, tra l'altro, una presa di posizione del 23 luglio 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Il 7 settembre 2018 l'UAI ha chiesto all'avv. RA 1 l'invio della copia dell'ultima decisione dell'USSI (pag. 503 incarto AI). Agli atti è stata prodotta la decisione per il periodo dal 1° settembre 2018 al 30 novembre 2018 (pag. 505 incarto AI). L'insorgente è poi stata convocata per le due perizie (pag. 510 e 517 incarto AI). Dopo il progetto di decisione sia la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 562 incarto AI) che l'avv. RA 1 (pag. 564) hanno chiesto, ed ottenuto (pag. 561 e 563 incarto AI), l'incarto AI. L'8 marzo 2019 l'avv. RI 1 ha presentato le osservazioni al progetto di decisione, 2 pagine compresa la domanda di assistenza giudiziaria (pag. 567-568

incarto AI). La rappresentante ha contestato genericamente il provvedimento, sostenendo che l'assicurata è completamente inabile al lavoro e contestando le perizie, segnatamente quella psichiatrica poiché non svolta su un periodo di tempo sufficientemente lungo ed ha allegato il referto del 6 marzo 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 574 incarto AI). Il 21 marzo 2019 l'avv. RA 1 ha prodotto il certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria (pag. 584 e seguenti incarto AI). 2.14. Chiamato a stabilire se l'interessata necessitava della rappresentanza di un avvocato patentato in sede amministrativa, questo Tribunale deve rispondere negativamente. La ricorrente avrebbe infatti potuto gestire la pratica autonomamente oppure far capo a rappresentanti di associazioni di invalidi, sindacati o altre persone attive nel settore sociale. Ella ha infatti inoltrato autonomamente all'UAI la notifica del peggioramento del suo stato di salute, allegando un referto della sua curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Con le osservazioni al progetto di decisione l'avv. RA 1 si è limitata a contestare genericamente il progetto di decisione e le perizie, allegando un ulteriore certificato della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che prendeva posizione sul referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Come ha già avuto modo di stabilire il Tribunale federale, se è vero che per riconoscere i punti deboli di una perizia medica sono necessarie determinate conoscenze mediche e giuridiche della fattispecie, dall'altro non va sottaciuto che il caso in esame non può essere considerato complesso. Se si ritenesse il contrario, ciò porterebbe in pratica a dovere riconoscere il diritto al gratuito patrocinio in ogni procedura amministrativa, nella quale si deve discutere di una perizia medica (sentenza 8C\_353/2019 del 2 settembre 2019, consid. 5; sentenza 8C\_676/2015 del 7 luglio 2016 (= SVR 2016 IV Nr. 41), consid. 7.2). Nel caso di specie si trattava in sostanza di produrre certificati medici dei curanti atti a contestare le perizie psichiatrica e reumatologica dell'AI. Ora, la ricorrente ha dimostrato di sapersi destreggiare con le questioni amministrative, notificando il peggioramento dello stato di salute ed allegando documentazione medica che ha dato avvio alla procedura di revisione. Dopo l'inoltro delle osservazioni della rappresentante, l'amministrazione ha interpellato la perita, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ed ha emesso la decisione senza esperire ulteriori particolari accertamenti. Il ruolo della rappresentante, in concreto, si è in sostanza limitato, nel merito, a contestare genericamente la decisione dell'UAI ed a produrre una presa di posizione della curante. In un ambito come quello dell'assicurazione invalidità, dove vige il principio inquisitorio, di principio, tranne nei casi complessi, l'intervento di un avvocato già in sede amministrativa, non è necessario (SVR 2016 IV Nr. 41 consid. 7.2). Nel preciso caso di specie non si trattava di dover dirimere una difficile questione giuridica ma di produrre, semmai, una presa di posizione dei curanti atta a contestare le perizie amministrative. Sulla scorta delle considerazioni esposte, dovendo la necessità di patrocinio da parte di un legale essere verificata con rigore, la richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa non può essere ammessa, facendo difetto questa condizione. La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa va pertanto respinta. 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico della ricorrente. Quest'ultima chiede tuttavia di essere messa a beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio dell'avv. RA 1. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella

procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto – 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 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio. Nella presente fattispecie lo stato d'indigenza della ricorrente, a carico della pubblica assistenza, è documentato dalla nuova determinazione dell'importo relativo al sostegno sociale (doc. Vbis e allegati). Ritenuto inoltre che l'assicurata non possiede le necessarie conoscenze giuridiche per difendersi in sede giudiziaria e che il ricorso non appariva, ad un sommario esame iniziale, del tutto privo di possibilità di esito sfavorevole, la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio merita accoglimento, riservato l'obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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