

TI_GERICHTE 32.2019.119 vom 16. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.119

FR: TI_GERICHTE 32.2019.119 du 16 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.119 del 16 maggio 2019

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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. CFP, 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' affezione 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'esa me 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. In concreto, per quanto concerne l'aspetto medico, acquisiti gli atti presso gli specialisti che hanno in cura l'assicurata, segnatamente il PD dr. med. _____, _____, FMH chirurgia, ortopedia e traumatologia, il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia ed il dr. med. _____, FMH medicina interna, ematologia e oncologia, l'UAI ha deciso di far esperire una perizia bidisciplinare, ortopedica e psichiatrica. Il referto è stato redatto il 30 ottobre 2018 dal dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, dal dr. med. _____, medico assistente e dal dr. med. _____, direttore _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. 80, pag. 359 e seguenti incarto AI). Il perito ortopedico, dopo aver riassunto gli atti, aver descritto le indagini effettuate, l'anamnesi familiare, scolastica, professionale, sociale, lavorativa ed i reperti, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di spalla congelata del 27.06.2016 con/su stato dopo intervento chirurgico di sutura artroscopica cuffia rotatori con tecnica suture bridge, tenotomia del CLB, resezione dell'intervallo, decompressione sottoacromiale, borsectomia, acromionplastica e capsulotomia spalla destra del 17.10.2017 (fecit Dr. _____), recidiva di spalla congelata destra in stato dopo sutura artroscopica cuffia dei rotatori, dorsalgia di origine muscolo-tendinea, dolore aspecifico spalla sinistra e le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di angiomi vertebrali multipli colonna dorsale, iperinsonnia diurna in DD con aspetti psichici prevalenti nel quadro clinico,

disturbo apnoico ostruttivo in sonno di entità lieve-moderata, in terapia con C-PAP, esiti di tiroidectomia totale in terapia ormonale sostitutiva (pag. 372 incarto AI). Per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, il dr. med. _____, dopo aver rammentato di aver visitato personalmente la ricorrente il 9 ed il 21 giugno 2018, di averle parlato telefonicamente il 27 luglio 2018 e di aver discusso al telefono con il medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 5 luglio 2018, aver riassunto gli atti, descritto le indagini effettuate, l'anamnesi personale, socio-lavorativa e patologica ed i reperti, ha posto la diagnosi psichiatrica di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD10 F33.1) e sindrome da attacchi di panico (ICD10 F41.0) e agorafobia (ICD10 F 40.0; pag. 387 incarto AI). I periti hanno poi proceduto dapprima ad una valutazione della capacità in ambito ortopedico ed in ambito psichiatrico ed infine ad una valutazione globale interdisciplinare (pag. 390 incarto AI). Gli specialisti hanno affermato: " (...) Dal lato ortopedico Dall'esame obiettivo, dalla storia clinica e dalla documentazione agli atti appare chiaro come l'assicurata sia portatrice di uno stato dopo spalla congelata a destra in stato dopo intervento chirurgico di artroscopia del 17.10.2017, sia affetta da una dorsalgia miotensiva ed una dolorabilità alla spalla sinistra. Le misure terapeutiche già descritte sono in grado di migliorare la qualità di vita dell'assicurata ma non necessariamente la sua capacità funzionale e di carico. L'ultima professione svolta è ancora esigibile solo per la percentuale di lavoro di tipo amministrativo, mentre per quanto riguarda la percentuale di lavoro comprendente mansioni fisiche e pesanti non risulta più adeguata. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con una capacità lavorativa completa a partire dall'11.06.2018. I provvedimenti terapeutici (farmacologici e fisioterapici), come sopra descritti, potrebbero portare ad una miglior evoluzione del quadro clinico. Dal lato psichiatrico La patologia di cui è affetta la paziente è caratterizzata da un disturbo dell'umore dello spettro depressivo in comorbidità con un disturbo d'ansia (tipo attacchi di panico). Elementi di contesto, specialmente di tipo relazionale, hanno svolto e svolgono sulla A. un ruolo importante, in quanto concausa, all'interno della presentazione clinica. Le caratteristiche personalologiche che la definiscono, connotate da aspetti di dipendenza e fragilità emotiva, la rendono scarsamente capace di far fronte in modo funzionale agli eventi di cui sopra. Allo stato attuale non è possibile individuare attività lavorative diverse dall'ultima svolta che possano presentare caratteristiche conciliabili con una ripresa lavorativa completa. Infatti, come già evidenziato, i limiti mostrati dall'A. consentono un'attività solo parziale all'interno di un'occupazione che non presupponga capacità decisionali, di concentrazione e attentive. Tali limitazioni configurano un'IL al 50%. Modificazioni e integrazioni terapeutiche, come sopra descritte (sia di tipo farmacologico che psicoterapico), potrebbero portare in futuro ad una revisione di quanto ad oggi documentato. In conclusione, dal punto di vista strettamente ortopedico, in attività adeguate e rispettose dei limiti espressi nell'allegato l'assicurata risulta abile in misura completa. Dal punto di vista psichiatrico a fronte di quanto espresso sopra, al momento possiamo ritenere l'A. inabile nella misura del 50%. Dopo l'adeguamento della terapia farmacologica e psicoterapica proposta precedentemente, e dopo un periodo sufficiente di presa in carico proponiamo una rivalutazione dell'inabilità tra circa un anno. Per il periodo precedente le valutazioni peritali, sono da ritenersi valide le inabilità prescritte dagli specialisti curanti." (pag. 390-391 incarto AI) Il 12 novembre 2018 il medico SMR, dr. med. _____, medico generico FMH, SIM attestato medico perito, ha confermato le conclusioni peritali, accertando una capacità lavorativa dello 0% in attività abituale ed

adeguata dal 1° settembre 2015 ed una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate (carico massimo di 5 KG, alternanza della postura al bisogno, necessità di pause supplementari, funzioni cognitive deficitarie, abulia, scarsa autonomia, quote d'ansia libera) dall'11 giugno 2018 intesa come presenza (pag. 392 e seguenti incarto AI). Il TCA non ha motivo per mettere in dubbio queste conclusioni. 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 dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i periti. Ai referti va attribuita piena forza probante. Gli specialisti hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute della ricorrente prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'insorgente ed acquisita dall'UAI. Del resto l'assicurato in sede di ricorso si limita a produrre due certificati medici, dei propri curanti, dr. med. _____ e dr. med. _____, non motivati, privi di anamnesi, senza indicazioni circa eventuali nuovi reperti oggettivi e che non si confrontano con le convincenti e motivate conclusioni peritali. Il certificato del dr. med. _____, FMH medicina interna, ematologia ed oncologia, del 7 giugno 2019, scritto a mano, si esaurisce nell'attestazione secondo cui la ricorrente " sarà ricoverata il 17.6.2019 presso l'ospedale _____ di _____ per un intervento di chirurgia di (... illeggibile) per dolori all'apparato locomotorio " (doc. A4). Ora, secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 16 maggio 2019), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2 cui rinvia la sentenza 9C_244/2018 del 30 maggio 2018, consid. 4.2.2). Il ricovero del 17 giugno 2019 va pertanto semmai esaminato nell'ambito di una nuova procedura. Il secondo certificato è invece stato redatto dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale in data 7 giugno 2019 afferma che " con la presente certifico che la persona summenzionata è in trattamento specialistico presso il mio studio medico, dal 06.11.2007. La paziente presenta una sintomatologia depressiva che si è aggravata nel corso delle ultime settimane. Il suo stato depressivo giustifica una incapacità lavorativa nella misura del 100% nella sua attività lavorativa attuale, dal 08.05.2019 " (doc. A3). Il curante, pur rilevando un peggioramento dello stato valetudinario della ricorrente, non motiva le ragioni dell'asserito degrado delle condizioni di salute della sua paziente, non pone una diagnosi secondo criteri internazionalmente riconosciuti (ICD 10; DSM) e non apporta alcun elemento medico oggettivo atto a confermare l'avvenuta modifica della capacità lavorativa. Privo di qualsiasi motivazione, l'attestato del dr. med. _____ non risponde ai criteri posti dalla giurisprudenza per conferire ad un certificato medico valore probatorio. Del resto, abbondanzialmente, va rilevato, come evidenzia l'UAI in sede di risposta, che secondo il curante il peggioramento è avvenuto dall'8 maggio 2019 e pertanto al momento dell'emanazione della decisione impugnata non erano trascorsi i tre mesi previsti dall'art. 88a cpv. 2 OAI per il quale se la capacità al guadagno peggiora il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'asserito peggioramento dello stato di salute non può pertanto in ogni caso essere preso in

considerazione nell'ambito della presente procedura. In conclusione questo Tribunale deve pertanto ritenere dimostrato secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che l'insorgente, completamente inabile al lavoro in attività fisiche e pesanti dal 1° settembre 2015, è abile al 50% in attività adeguate e confacenti al suo stato di salute dall'11 giugno 2018, intesa come riduzione della presenza. Va ora esaminato se al caso di specie va applicato il metodo ordinario, come deciso dall'UAI, oppure il metodo specifico, rispettivamente straordinario come chiesto dal ricorrente. 2.7. Con sentenza 9C_236/2009 del 7 ottobre 2009, pubblicata in SVR 2010 IV Nr. 11 pag. 35, il TF ha riassunto la giurisprudenza relativa all'applicazione del metodo straordinario, rilevando ai consid. 3.3 e 3.4: " (...) 3.3. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255). 3.4. Le point de savoir selon quelle méthode le degré d'invalidité d'un assuré doit être évalué est une question de droit sur laquelle le Tribunal fédéral se prononce librement. En l'espèce, aussi bien l'office recourant que le Tribunal cantonal des assurances sociales ont considéré qu'il convenait d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité de l'assuré. Au regard des faits retenus par la juridiction cantonale, ce choix ne peut être suivi. Les données comptables de l'entreprise de l'assuré ne sauraient constituer une base valable pour évaluer son incapacité de gain, car elles ne permettent pas de distinguer la part du revenu qui résulte exclusivement de la prestation personnelle de travail de l'assuré de celle qu'il faut attribuer à des facteurs étrangers. En tant que l'assuré a été contraint d'engager un employé qualifié entre les mois d'août 2003 et avril 2006, lequel a contribué de manière prépondérante - sinon exclusive - à la réalisation du chiffre d'affaires de l'entreprise et, partant, de son bénéfice d'exploitation, il n'est pas possible de tirer de ces chiffres une appréciation pertinente des effets sur la capacité personnelle de gain de l'assuré de la diminution de sa capacité de rendement due à l'invalidité. En tout état de cause, l'incapacité de gain de l'assuré ne saurait se confondre avec la diminution du bénéfice d'exploitation de son entreprise, dans la mesure où ce raisonnement fait fi des circonstances - étrangères à l'invalidité - qui ont influencé celui-ci comme notamment l'engagement de personnel supplémentaire ou la perte d'une partie de la clientèle. En l'occurrence, seule la procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité est de nature à permettre, dans le cas particulier, une évaluation conforme au droit fédéral des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain de l'assuré. Il convient dès lors d'annuler le jugement attaqué et de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle applique la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité." Secondo il marginale 3028.1 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, “ per

stabilire se una persona sia da considerare come dipendente o indipendente non ci si deve basare sul rapporto contrattuale tra le parti. L'elemento determinante è la posizione economica dell'assicurato, vale a dire se quest'ultimo esercita un'influenza notevole sulla politica e lo sviluppo dell'attività. Per rispondere a questa domanda si possono esaminare la partecipazione finanziaria, la composizione della direzione della società e aspetti simili (9C_453/2014)”. Per il marginale 3028.2 CIGI, valido dal 1° gennaio 2018 (fino al 31 dicembre 2017 = marginale 3028.1), “l'amministratore di una società anonima e il gerente di una società a garanzia limitata devono essere considerati in linea di principio salariati. Tuttavia, se una persona che dirige una tale società ha un'influenza determinante su quest'ultima (ad es. perché è l'unica ad avere il diritto di firma), è giustificato calcolare il grado d'invalidità con il metodo utilizzato per i lavoratori indipendenti (ad es. tenendo conto della media dei redditi di più anni o procedendo a un paragone ponderato dei campi d'attività; v. 8C_898/2010). In particolare un assicurato impiegato da una società anonima è considerato indipendente se, in qualità di azionista unico, esercita una notevole influenza sulla ditta. Per fissare il grado d'invalidità non ci si può basare soltanto sulle iscrizioni nel CI, in quanto in qualità di azionista unico egli ha un'influenza decisiva sulla ripartizione tra salario e utile (8C_346/2012)”. 2.8. Dal profilo economico, dalle tavole processuali si evince che la ricorrente dal 1989 è stata titolare della _____ ed in seguito amministratrice unica con diritto di firma individuale, oltre che proprietaria dell'intero capitale sociale, della _____, costituita il _____ 2012 mediante ripresa di attivi e passivi della ditta individuale (doc. I e pag. 427 incarto AI [rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente dell'8 marzo 2019]). Scopo dell'impresa è la pulizia di _____ La ricorrente, amministratrice unica con diritto di firma individuale e proprietaria dell'intero pacchetto azionario dell'azienda, assume una posizione di totale controllo della società, motivo per cui l'UAI l'ha rettamente considerata quale indipendente. A tal riguardo va ricordato che, secondo la giurisprudenza, generalmente amministratori o direttori impiegati, che di fatto sono azionisti unici o parziali di una società anonima e che hanno una determinante influenza sulla gestione della società, sono formalmente considerati salariati. Tuttavia, in analogia al principio valido nell'AVS in cui per la distinzione tra attività dipendente e indipendente sono determinanti le condizioni economiche e non giuridiche (DTF 122 V 171 consid. 3a con riferimenti), sono considerati indipendenti gli assicurati che dal punto di vista economico e della politica aziendale hanno una rilevante posizione in seno alla società; ciò è segnatamente il caso di ditte individuali che si trasformano in società anonime di stampo familiare con partecipazione del coniuge, del figlio o di parenti stretti (STFA I 185/02 del 29 gennaio 2003 consid. 3.1 confermata in STF 9C_453/2014 del 17 febbraio 2014 consid. 4.1 e 8C_928/2015 del 19 aprile 2016 consid. 2.3.4). Lo stesso discorso vale anche nel caso in cui un socio gerente, formalmente salariato, detiene la maggior parte del capitale societario, motivo per cui viene considerato quale indipendente (STF 9C_472/2009 del 28 luglio 2010; cfr., tra le tante, STCA 32.2016.113 del 19 giugno 2017, consid. 2.5). L'UAI ha quindi ordinato all'ispettorato AI di esperire un'inchiesta economica per l'attività professionale indipendente, eseguita il 26 febbraio 2019 (pag. 425-433 incarto AI). Nel rapporto dell'8 marzo 2019, dopo aver descritto lo stato di salute dell'assicurata, le indicazioni dell'insorgente, la formazione scolastica e professionale e l'attività professionale, la situazione attuale dell'attività aziendale e del personale, aver esaminato l'evoluzione dei redditi della società e l'eventuale adozione di provvedimenti professionali, poi scartata (pag. 431 incarto AI: “ in considerazione del grado AI stabilito medicalmente, sia in attività abituale che adatta, e

guardando agli esiti dell'inchiesta per indipendenti, ritengo che l'incarto non debba essere sottoposto al consulente, poiché il minor discapito è in attività abituale”), ha determinato come segue il reddito da invalida e da valida: " (...) Reddito senza invalidità: In considerazione del fatto che la società è stata costituita nel 2012 e che il danno alla salute è insorto nel settembre 2015, per coerenza analitica prenderemo a riferimento gli anni successivi, ovvero il 2013 e il 2014. In considerazione, poi, della stabilità della cifra d'affari e degli utili in leggero aumento, sarà oggetto di valutazione il dato più favorevole, ovvero il salario del 2013, cui sommeremo l'utile tassato nel 2014. Si evince così un reddito senza invalidità di fr. 183'110.- lordi. A questa cifra sarà aggiunto il dividendo di fr. 60'000.-, che l'assicurata ha ricevuto dalla società nel 2014, ottenendo così l'importo di fr. 243'110.-. Se la cifra viene attualizzata agli anni successivi, si ottengono i seguenti valori: Anno Aumento % Importo aggiornato 2015 0.3674% CHF 244 003 2016 0.6761% CHF 245 653 2017 0.4000% CHF 246 636 Reddito con invalidità: Nel 2016 l'assicurata ha conseguito un salario di fr. 74'103.- lordi senza indennità e un utile di fr. 126'971.-; gli utili dichiarati sono sempre stati tassati senza l'imposizione di alcun vantaggio. Sarà aggiunto inoltre il dividendo di fr. 60'000.- attribuito dalla società all'assicurata. Nel 2017, poi, ha riferito di non essersi attribuita alcun salario (dichiarazione confermata dalla dichiarazione fiscale e dalla distinta dei salari assoggettati all'AVS), pertanto si computerà unicamente l'utile aziendale. Visto che il “dichiarato” corrisponde da sempre al “tassato”, come detto sopra, è verosimile ritenere che ciò accadrà anche per il periodo 2017, e questo ci consente di non dover attendere il dato fiscale. Andremo altresì a computare all'utile il dividendo di fr. 60'000.-, ottenendo i seguenti risultati: Reddito ipotetico senza danno 2016 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 245 653 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 245 653 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 245 653 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 245 653 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) - salario lordo+utile tassato 2016+dividendo SFr. 261 074 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 261 074 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 261 074 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 261 074 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute -SFr. 15 421 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale -6% Reddito ipotetico senza danno 2017 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 246 636 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 246 636 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 246 636 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 246 636 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) -utile dichiarato 2017+dividendo lordo SFr. 197 877 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 197 877 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 197 877 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 197 877 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 48 759 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 20% 10. Valutazione e proposta Se guardiamo alla cifra d'affari dei due anni senza malattia, il 2013 e 2014 e

detraiamo alla loro media la spesa per “acquisti”, abbiamo un fatturato (medio) di fr. 555'470.-. Tale cifra, raffrontata al fatturato (detratti gli “acquisti”) del 2017 (di fr. 529'669.-), ci porta ad una diminuzione di fr. 25'801.-, corrispondente al 5% della cifra d'affari complessiva. Vediamo, parimenti, come l'incidenza della massa salariale negli anni 2013 e 2014 sia stata del 71.8, rispettivamente del 66.5%, mentre nel 2017 costituisca il 55.5% del fatturato. Da questi elementi possiamo arguire, in primo luogo che le variazioni del fatturato non sono riconducibili alla malattia dell'assicurata, perché se così fosse sarebbero più impattanti, e in secondo luogo che eventuali sostituzioni in termini di personale sono state “assorbite” e gestite con il personale esistente, senza ripercussioni sensibili in termini di costi. Nella lettera del 10.01.2018 l'assicurata ha dichiarato di essere stata sostituita dalle impiegate _____, _____ e _____. Come mostra la tabella del “personale”, i salari della signora _____ sono praticamente rimasti inalterati nel corso degli anni, mentre la signora _____ è stata assunta un anno prima dell'insorgenza del danno (novembre 2014), pertanto c'è da ritenere che le siano stati affidati altri incarichi. L'aumento salariale della signora _____, tra il 2015 e il 2017, è stato comunque modesto e ammonta a fr. 9'822. Infine la signora _____, che abita da anni con l'assicurata, non ha avuto alcun aumento salariale. Nel corso del colloquio di inchiesta sono state descritte puntualmente le precedenti e le attuali mansioni di quest'ultima; è stato accertato che prima del danno svolgeva un ruolo più pratico e che oggi si fa carico di attività a carattere in parte amministrativo, ma tutto questo continuando a lavorare nella stessa misura. È stato riferito come si alzi alle 6.00 tre giorni alla settimana e finisca di lavorare alle 18.00. L'assicurata ha inoltre ammesso di non essersi mai occupata di attività a carattere amministrativo – o comunque in misura molto limitata – attività che con l'introduzione dell'e-banking due anni orsono avrebbe verosimilmente affidato ad una segretaria. Pertanto possiamo ritenere che la signora _____ abbia adattato parzialmente le precedenti mansioni facendosi carico di attività a carattere amministrativo oltre a quelle di pulizia. Infine, ma non ultimo, l'assicurata continua ad essere amministratrice unica della società, pertanto nella posizione di prendere tutte le decisioni a carattere strutturale ed economico necessarie al buon funzionamento dell'azienda. Per tutte queste ragioni ritengo che il risultato che si evince dal raffronto dei redditi e dall'applicazione del metodo ordinario sia corretto e si debba procedere al rifiuto della prestazione con grado del 20%. Tale grado è riferito unicamente al 2017, dato che nel 2016 non vi è alcuna perdita.” (pag. 433 incarto AI) In seguito alle osservazioni prodotte dall'assicurata al progetto di decisione, la consulente ha preso posizione in data 13 maggio 2019, affermando (pag. 515-517 incarto AI): “ (...) Osservazioni dal punto 3 al punto 9: Ai punti sopra indicati la legale dell'assicurata contesta sostanzialmente che quest'ultima “non lavori più” perché così è stato indicato nella perizia psichiatrica, per quanto continui ad occuparsi di attività a carattere amministrativo. Inoltre sostiene che gli utili aziendali non le debbano essere considerate “reddito” in quanto non sono frutto del suo lavoro. Una valutazione che non posso condividere. Nel rapporto d'inchiesta del 08.03.2019 non ci si è limitati ad applicare il metodo ordinario, ma si è analizzata la situazione nel suo complesso, guardando ai limiti da un lato, ma anche ai guadagni conseguiti prima e dopo il danno e all'attività lavorativa dell'assicurata. In “Valutazione e proposta”, al punto 10 del rapporto, si fornisce un quadro complessivo e si descrivono le ragioni per le quali la mancanza di perdita che dia diritto a prestazioni, esito dell'applicazione del metodo, rifletta l'assenza di un cambiamento sostanziale tra prima e dopo la malattia. Non dimentichiamo inoltre che l'assicurata continua ad avere una capacità residua del 50% in attività adatta ed è

pienamente abile in attività di carattere amministrativo. Pertanto non concordo con la legale quando sostiene che la signora RI 1 “non lavora”; si può invece affermare che ha abbandonato attività di tipo pratico ma continua a gestire la società, a prendere decisioni in seno al CdA (decisioni di carattere amministrativo ma anche strutturale), ad assumere personale e a decidere al riguardo; non si tratta di “limitarsi a firmare”, ma della capacità di tenere alto il fatturato e prendere le decisioni corrette per l’azienda, portando avanti un’attività che le consente di aver subito, oggi, una perdita ridotta. In questo senso gli utili aziendali andranno computati nella loro interezza, dato che non sono il frutto di un investimento finanziario, né dipendono dal rendimento di un titolo, ma dalla mantenuta capacità dell’assicurata di gestire e dirigere la propria società. Punto 10: Per quel che concerne i dividendi, pur facendo parte degli utili “riportati” di una società, vengono computati solo in parte come salario determinante al momento in cui il CdA decide della loro ripartizione. A ben vedere tuttavia, se dal lato fiscale è stato imposto il 60% della cifra distribuita, a siffatta decisione non ha fatto seguito quella contributiva – il loro importo non è stato assoggettato. In virtù di questo aspetto non andremo a computare i dividendi né nel reddito senza, né nel reddito con invalidità. Sempre al punto 10 delle osservazioni la legale riferisce che non sono stati versati i contributi dalla società nel periodo di malattia e che l’assicurata dovrebbe pagarli unilateralmente. Tale fattispecie sarebbe assolta qualora l’assicurata si fosse iscritta come persona senza attività lucrativa, ma ciò non è avvenuto. In quel caso comunque le sarebbero stati imposti solo i contributi minimi. Qualora però l’assicurata continui ad essere dipendente della società, come sembra, non è tenuta a pagare i contributi, e certamente non potrebbe versare i contributi anche da parte del datore di lavoro. In ogni caso, le cifre che ha indicato la _____ sono estremamente elevate e non corredate da pezze giustificative; pertanto non appare chiaro a cosa esattamente si riferisca. Non si concorda, infine, con la detrazione del 5% a titolo di riserva legale, dato che, come ha indicato la stessa _____ nelle osservazioni, la riserva legale obbligatoria è già stata costituita. In ogni caso, anche qualora lo statuto della società preveda accantonamenti non obbligatori, ciò dovrebbe essere tenuto in considerazione sia per il periodo precedente, che per quello successivo il danno. Non si comprende, pertanto, come dovrebbe riguardare solo il reddito con invalidità. Pertanto il progetto si modifica come segue: Reddito senza invalidità Come è stato indicato al punto 9 del rapporto di inchiesta, prenderemo a riferimento il salario conseguito nel 2013 e l’utile tassato nel 2014, arrivando a un reddito senza invalidità di fr. 183'110.-. Se atualizziamo il dato abbiamo i seguenti valori: Anno Aumento % Importo aggiornato 2015 0.3674% CHF 183 783 2016 0.6761% CHF 185 025 2017 0.4000% CHF 185 765 Reddito con invalidità: Alla luce di quanto detto sopra, anche il calcolo del reddito con invalidità andrà rivisto. Per il 2016 ho preso erroneamente a riferimento il salario comprensivo di indennità; effettivamente il salario senza indennità ammonta a fr. 5'683.-, cifra cui andranno ad aggiungersi gli utili aziendali tassati, di fr. 126'971, giungendo così ad un reddito senza invalidità di fr. 132'654.-. Nel 2017 l’assicurata non ha percepito salario senza indennità, pertanto saranno computati unicamente gli utili. Ne risulta pertanto un reddito di fr. 137'877.-. Reddito ipotetico senza danno 2016 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 185 025 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 185 025 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 185 025 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 185 025 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le

indennità giornaliera o le rendite) - salario lordo+utile tassato 2016 SFr. 132 654 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 132 654 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 132 654 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 132 654 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 52 371 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 28% Reddito ipotetico senza danno 2017 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 185 765 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 185 765 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 185 765 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 185 765 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliera o le rendite) -utile dichiarato 2017 SFr. 137 877 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 137 877 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 137 877 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 137 877 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 47 888 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 26% Si evince pertanto un grado del 36% (recte: 26%) anziché del 20% come indicato precedentemente.” (pag. 515-517 incarto AI) 2.9. In sede di ricorso l'assicurata contesta l'applicazione del metodo ordinario, poiché non sarebbe possibile definire l'impatto negativo sull'utile della società e sul reddito del danno alla salute. Ella evidenzia inoltre che i periti hanno attestato una completa incapacità lavorativa nella precedente attività manuale svolta ed un'incapacità al 50% in attività che comportino capacità decisionali, di concentrazione e attentive. Ciò che le impedisce di conseguenza di condurre l'azienda e di svolgere le attività pesanti. Di tali aspetti la decisione impugnata non terrebbe conto. A questo proposito evidenzia che la giurisprudenza ammette che quando l'assicurato può riprendere parzialmente la sua professione precedente, il grado d'invalidità corrisponde all'incapacità di lavoro nella precedente attività, senza dover procedere ad un raffronto dei redditi. Infine, circa il calcolo effettuato dall'UAI afferma che sono stati applicati dati errati e non sono stati considerati i dividendi nel reddito da valida né le riserve. L'UAI non ha neppure valutato il patrimonio di riserva e i contatti/lavori acquisiti in precedenza che si stanno dissolvendo. I risultati del 2018, che secondo l'insorgente sono molto inferiori, sarebbero la prova del calo degli utili. Le censure della ricorrente, per i motivi che seguono, vanno respinte. 2.10. L'applicazione del metodo ordinario va confermata. Il metodo straordinario va utilizzato, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), solo laddove il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, ad esempio se un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto va escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a). Il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b). In concreto dal rapporto d'inchiesta per l'attività indipendente professionale dell'8 marzo 2019 non emerge alcuna difficoltà nello stabilire i redditi conseguiti prima e dopo il danno alla salute subentrato nel corso del 2015 (cfr. 425 e seguenti incarto AI). Quindi non vi è motivo per derogare dal

metodo ordinario di raffronto dei redditi pur essendo l'assicurata un'indipendente. La consulente, sulla base della documentazione prodotta dalla ricorrente (bilanci, conti economici, notifiche di tassazione, salari versati ai dipendenti), dell'evoluzione dell'attività aziendale e della situazione del personale, nonché dell'organizzazione dell'impresa in seguito alla modifica dello stato di salute dell'interessata, ha infatti potuto stabilire correttamente l'ammontare del reddito da valida e da invalida conseguito prima e dopo il danno alla salute. Ella ha rilevato che la cifra d'affari dei due anni precedenti la malattia rispetto alla cifra d'affari del 2017 (due anni dopo l'inizio della patologia), si è ridotta "solo" del 5%. Inoltre l'incidenza della massa salariale nel 2013 e nel 2014 era pari al 71,8%, rispettivamente al 66.5% del fatturato e nel 2017 al 55.5%. Le variazioni del fatturato non sono pertanto riconducibili al danno alla salute, perché altrimenti avrebbero avuto un impatto maggiore e le eventuali sostituzioni in termini di personale sono state assorbite e gestite con il personale esistente, senza ripercussione sensibile in termini di costi. Dall'esame dei salari conseguiti dalle dipendenti che avrebbero sostituito l'insorgente nel suo lavoro, risulta che non vi sono notevoli differenze. Per quanto concerne in particolare _____, cui l'insorgente accenna anche in sede di ricorso, amica che condivide da anni il suo appartamento, dalle tavole processuali risulta che in realtà l'aumento salariale è stato minimo (fr. 40'979 nel 2014 e fr. 41'664 nel 2017). La consulente ha potuto accertare che prima del danno alla salute _____ "svolgeva un ruolo più pratico", mentre adesso si fa carico anche di attività in parte a carattere amministrativo, ma continuando a lavorare nella stessa misura. Ella ha di conseguenza adattato parzialmente le precedenti mansioni facendosi carico di attività a carattere amministrativo oltre a quelle di pulizia. _____ non ha beneficiato di alcun aumento (fr. 20'896 nel 2014 e fr. 20'882 nel 2017). Solo _____ ha visto il suo salario passare da fr. 18'181 nel 2015 a fr. 29'964 nel 2018. Un aumento comunque modesto che non compensa quello relativo all'attività svolta dalla ricorrente la quale nel 2013 aveva conseguito fr. 101'882 e nel 2014 fr. 98'498. L'assenza di modifiche sostanziali nel personale della società esclude l'applicazione della giurisprudenza di cui alla sentenza 9C_236/2009 7 ottobre 2009 (cfr. consid. 2.7), citata dalla ricorrente. Infatti in quell'occasione la persona assicurata era stata costretta ad assumere, in sua sostituzione, un lavoratore qualificato che aveva contribuito in maniera preponderante, se non esclusiva, alla realizzazione della cifra d'affari della società e dell'utile e pertanto non era possibile effettuare un apprezzamento corretto della capacità di guadagno dell'assicurato sulle basi di tali parametri. In concreto questa situazione non si è presentata. Nessuna nuova assunzione è stata effettuata per sostituire la ricorrente, le variazioni salariali sono minime e l'assicurata ha continuato ad essere amministratrice unica della società. Ella si trova di conseguenza nella posizione di prendere tutte le decisioni a carattere strutturale ed economico necessarie al buon funzionamento dell'azienda. A giusta ragione, pertanto, la consulente ha stabilito che al caso di specie va applicato il metodo ordinario di raffronto dei redditi. 2.11. L'insorgente sostiene che l'UAI avrebbe applicato dati errati, senza precisare quali sarebbero quelli corretti. La consulente ha stabilito il reddito da valida sulla base del salario conseguito dall'assicurata nell'anno maggiormente favorevole (2013: fr. 101'882), cui ha aggiunto l'utile tassato nell'anno migliore (2014: fr. 81'228), per complessivi fr. 183'110, che sono poi stati aggiornati fino al 2017 (pag. 516 incarto AI). Circa il reddito senza invalidità la consulente ha preso in considerazione per il 2016 il salario versato (fr. 5'683 [l'importo restante corrisponde ad indennità giornaliera per malattia ed è stato stralciato in seguito alle osservazioni della ricorrente; cfr. pag. 517 incarto AI]) e vi ha aggiunto l'utile di fr. 126'917. Nel 2017, in assenza di salario, è stato

utilizzato unicamente l'utile di fr. 137'877. Tale modo di procedere appare corretto. Infatti, questo metodo di calcolo (salario + partecipazione agli utili societari) è stato utilizzato dall'Ufficio AI e confermato da questo Tribunale in numerose sentenze (cfr. fra le tante STCA 32.2016.89 del 15 maggio 2017; STCA 32.2012.95 del 4 febbraio 2013; cfr. anche STCA 32.2016.1 del 30 novembre 2016 e 32.2014.143 del 24 agosto 2015). La consulente ha poi spiegato per quale motivo i dividendi, inizialmente aggiunti nella misura di fr. 60'000 al reddito da valida e da invalida (cfr. pag. 430 incarto AI [anno 2014: dividendo lordo esercizio 2013: fr. 20'000.-; anno 2015: dividendo lordo esercizio 2014: fr. 60'000.-; anno 2016: dividendo lordo anno 2015: fr. 60'000.-; anno 2017: dividendo lordo anno 2016: fr. 60'000.-; anno 2018: assemblea non ancora avvenuta]), non sono più stati presi in considerazione. Ella ha rilevato che “ per quel che concerne i dividendi, pur facendo parte degli utili “riportati” di una società, vengono computati solo in parte come salario determinante al momento in cui il CdA decide della loro ripartizione. A ben vedere tuttavia, se dal lato fiscale è stato imposto il 60% della cifra distribuita, a siffatta decisione non ha fatto seguito quella contributiva – il loro importo non è stato assoggettato. In virtù di questo aspetto non andremo a computare i dividendi né nel reddito senza, né nel reddito con invalidità .” (pag. 515 incarto AI). Pertanto a giusta ragione, non trattandosi, nel caso di specie, di un salario soggetto a contribuzione, la consulente non ha aggiunto i fr. 60'000 a nessun reddito, né a quello da valida, né a quello da invalida. Anche per quanto concerne la mancata presa in considerazione della percentuale del 5% a titolo di riserva legale, la consulente ha fornito una spiegazione. La società ha infatti già costituito la riserva legale obbligatoria (ciò che la ricorrente non contesta) ed in ogni caso, anche se gli statuti prevedessero accantonamenti non obbligatori (l'insorgente nel suo ricorso non lo sostiene), ciò dovrebbe essere preso in considerazione sia per il periodo precedente che per quello successivo al danno alla salute e non solo, dunque, per il reddito da valida (pag. 516 incarto AI). Infine, l'insorgente accenna alla circostanza secondo cui i risultati molto inferiori del 2018 sarebbero la prova che a causa della sua inattività gli utili dell'azienda stanno drasticamente diminuendo. Pur essendo la procedura retta dal principio inquisitorio (DTF 145 V 90, consid. 3.2; art. 43 LPGA), va comunque rammentato che questo principio non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare. Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (DTF 145 V 90, consid. 3.2). L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. In concreto la ricorrente non ha prodotto alcuna prova a sostegno della sua tesi, né nel termine di 10 giorni per produrre eventuali nuovi mezzi di prova (doc. V), né entro il termine di 10 giorni assegnato per produrre la replica (doc. VII) e la consulente ha preso in considerazione tutti i dati disponibili, sia quelli prodotti dall'insorgente, sia quelli acquisiti dall'AI (cfr. rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente dell'8 marzo 2019, pag. 430 incarto AI; cfr. calcolo allegato dalla ricorrente in sede di osservazioni del 17 aprile 2019 dove i dati del 2018 relativi all'utile non sono disponibili [pag. 496 incarto AI]). Non vi è pertanto alcuno motivo per scostarsi dal calcolo effettuato dall'UAI nella

decisione impugnata. 2.12. Quanto alla circostanza che i periti sono giunti alla conclusione che dal punto di vista fisico ella non può più svolgere la precedente attività manuale, mentre ha una capacità solo del 50% in attività che comportano capacità decisionali, di concentrazione ed attentive, e di conseguenza potendo riprendere solo parzialmente la sua precedente attività, il grado d'invalidità dovrebbe corrispondere all'incapacità di lavoro nella precedente attività, senza dover procedere ad un raffronto dei redditi, va sottolineato come l'inchiesta economica ha dimostrato che l'insorgente, che gode di ampia libertà di gestione ed organizzazione all'interno della sua azienda, nonostante il danno alla salute, è riuscita a trasformare la sua attività in seno alla sua società, traendone dei benefici economici tali da non giustificare l'erogazione di una rendita. L'insorgente – conformemente al principio dell'obbligo di ridurre il danno, che stabilisce che l'assicurato è tenuto ad intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61) – può pertanto intraprendere diverse ragionevoli misure per ovviare agli impedimenti dovuti alla sua invalidità. A questo proposito va ricordato che con sentenza 32.2016.89 del 15 maggio 2017 il TCA ha confermato la soppressione della mezza rendita ad un assicurato, attivo presso una società di cui era socio e gerente unitamente alla moglie e che aveva un'incapacità lavorativa invariata rispetto al passato, del 50% in qualsiasi attività (consid. 2.4), poiché, in seguito all'inchiesta economica per indipendenti, era emerso che malgrado il danno alla salute era riuscito ad incrementare i suoi redditi. In una sentenza 32.2012.95 del 5 febbraio 2013 il TCA ha respinto il ricorso di un assicurato, socio e gerente di una società, unitamente alla moglie, abile al lavoro al 55% in qualsiasi attività, come in precedenza, a cui è stata soppressa la rendita, poiché, malgrado il danno alla salute fosse rimasto invariato, dall'inchiesta economica per indipendenti era risultato che era riuscito ad aumentare il reddito, migliorando di conseguenza la sua capacità al guadagno in modo tale da non avere più diritto ad una rendita. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha pertanto alcun motivo per mettere in discussione le risultanze dell'inchiesta economica (sul valore probante di tali inchieste, cfr. STF 9C_35/2007 del 4 aprile 2008; DTF 130 V 61; DTF 128 V 93; STCA 32.2005.197 del 6 settembre 2006). A questo proposito va del resto rammentato che, in linea di massima e senza valide ragioni, non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati e un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). 2.13. In queste condizioni il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.14. Secondo gli 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 poste a carico della ricorrente.

OAI), solo laddove il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, ad esempio se un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto va escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a).

Il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b).

In concreto dal rapporto d'inchiesta per attività indipendente professionale dell'8 marzo 2019 non emerge alcuna difficoltà nello stabilire i redditi conseguiti prima e dopo il danno alla salute subentrato nel corso del 2015 (cfr. 425 e seguenti incarto AI).

Quindi non vi è motivo per derogare dal metodo ordinario di raffronto dei redditi pur essendo l'assicurata un'indipendente.

La consulente, sulla base della documentazione prodotta dalla ricorrente (bilanci, conti economici, notifiche di tassazione, salari versati ai dipendenti), dell'evoluzione dell'attività aziendale e della situazione del personale, nonché dell'organizzazione dell'impresa in seguito alla modifica dello stato di salute dell'interessata, ha infatti potuto stabilire correttamente l'ammontare del reddito da valida e da invalida conseguito prima e dopo il danno alla salute.

2.11. L'insorgente sostiene che l'UAI avrebbe applicato dati errati, senza precisare quali sarebbero quelli corretti.

La consulente ha stabilito il reddito da valida sulla base del salario conseguito dall'assicurata nell'anno maggiormente favorevole (2013: fr. 101'882), cui ha aggiunto l'utile tassato nell'anno migliore (2014: fr. 81'228), per complessivi fr. 183'110, che sono poi stati aggiornati fino al 2017 (pag. 516 incarto AI).

Circa il reddito senza invalidità la consulente ha preso in considerazione per il 2016 il salario versato (fr. 5'683 [l'importo restante corrisponde ad indennità giornaliera per malattia ed è stato stralciato in seguito alle osservazioni della ricorrente; cfr. pag. 517 incarto AI]) e vi ha aggiunto l'utile di fr. 126'917.

Nel 2017, in assenza di salario, è stato utilizzato unicamente l'utile di fr. 137'877.

Tale modo di procedere appare corretto.

Infatti, questo metodo di calcolo (salario + partecipazione agli utili societari) è stato utilizzato dall'Ufficio AI e confermato da questo Tribunale in numerose sentenze (cfr. fra le tante STCA 32.2016.89 del 15 maggio 2017; STCA 32.2012.95 del 4 febbraio 2013; cfr. anche STCA 32.2016.1 del 30 novembre 2016 e 32.2014.143 del 24 agosto 2015).

La consulente ha poi spiegato per quale motivo i dividendi, inizialmente aggiunti nella misura di fr. 60'000 al reddito da valida e da invalida (cfr. pag. 430 incarto AI [anno 2014: dividendo lordo esercizio 2013: fr. 20'000.-; anno 2015: dividendo lordo esercizio 2014: fr. 60'000.-; anno 2016: dividendo lordo anno 2015: fr. 60'000.-; anno 2017: dividendo lordo anno 2016: fr. 60'000.-; anno 2018: assemblea non ancora avvenuta]), non sono più stati presi in considerazione. Ella ha rilevato che per quel che concerne i dividendi, pur facendo parte degli utili riportati di una società, vengono computati solo in parte come

salario determinante al momento in cui il CdA decide della loro ripartizione. A ben vedere tuttavia, se dal lato fiscale è stato imposto il 60% della cifra distribuita, a siffatta decisione non ha fatto seguito quella contributiva ■ il loro importo non è stato assoggettato. In virtù di questo aspetto non andremo a computare i dividendi né nel reddito senza, né nel reddito con invalidità.■ (pag. 515 incarto AI). Pertanto a giusta ragione, non trattandosi, nel caso di specie, di un salario soggetto a contribuzione, la consulente non ha aggiunto i fr. 60'000 a nessun reddito, né a quello da valida, né a quello da invalida.

Anche per quanto concerne la mancata presa in considerazione della percentuale del 5% a titolo di riserva legale, la consulente ha fornito una spiegazione. La società ha infatti già costituito la riserva legale obbligatoria (ciò che la ricorrente non contesta) ed in ogni caso, anche se gli statuti prevedessero accantonamenti non obbligatori (l'■insorgente nel suo ricorso non lo sostiene), ciò dovrebbe essere preso in considerazione sia per il periodo precedente che per quello successivo al danno alla salute e non solo, dunque, per il reddito da valida (pag. 516 incarto AI).

Infine, l'■insorgente accenna alla circostanza secondo cui i risultati molto inferiori del 2018 sarebbero la prova che a causa della sua inattività gli utili dell'■azienda stanno drasticamente diminuendo.

Pur essendo la procedura retta dal principio inquisitorio (DTF 145 V 90, consid. 3.2; art. 43 LPG), va comunque rammentato che questo principio non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare. Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (DTF 145 V 90, consid. 3.2).

L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della provaincombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova.

In concreto la ricorrente non ha prodotto alcuna prova a sostegno della sua tesi, né nel termine di 10 giorni per produrre eventuali nuovi mezzi di prova (doc. V), né entro il termine di 10 giorni assegnato per produrre la replica (doc. VII) e la consulente ha preso in considerazione tutti i dati disponibili, sia quelli prodotti dall'■insorgente, sia quelli acquisiti dall'■AI (cfr. rapporto d'■inchiesta per l'■attività professionale indipendente dell'■8 marzo 2019, pag. 430 incarto AI; cfr. calcolo allegato dalla ricorrente in sede di osservazioni del 17 aprile 2019 dove i dati del 2018 relativi all'■utile non sono disponibili [pag. 496 incarto AI]).

Non vi è pertanto alcuno motivo per scostarsi dal calcolo effettuato dall'■UAI nella decisione impugnata.

2.12. Quanto alla circostanza che i periti sono giunti alla conclusione che dal punto di vista fisico ella non può più svolgere la precedente attività manuale, mentre ha una capacità solo del 50% in attività che comportano capacità decisionali, di concentrazione ed attentive, e di conseguenza potendo riprendere solo parzialmente la sua precedente attività, il grado

dell'invalidità dovrebbe corrispondere all'incapacità di lavoro nella precedente attività, senza dover procedere ad un raffronto dei redditi, va sottolineato come l'inchiesta economica ha dimostrato che l'insorgente, che gode di ampia libertà di gestione ed organizzazione all'interno della sua azienda, nonostante il danno alla salute, è riuscita a trasformare la sua attività in seno alla sua società, traendone dei benefici economici tali da non giustificare l'erogazione di una rendita.

L'insorgente ■ conformemente al principio dell'obbligo di ridurre il danno, che stabilisce che l'assicurato è tenuto ad intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61) ■ può pertanto intraprendere diverse ragionevoli misure per ovviare agli impedimenti dovuti alla sua invalidità.

A questo proposito va ricordato che con sentenza 32.2016.89 del 15 maggio 2017 il TCA ha confermato la soppressione della mezza rendita ad un assicurato, attivo presso una società di cui era socio e gerente unitamente alla moglie e che aveva un'incapacità lavorativa invariata rispetto al passato, del 50% in qualsiasi attività (consid. 2.4), poiché, in seguito all'inchiesta economica per indipendenti, era emerso che malgrado il danno alla salute era riuscito ad incrementare i suoi redditi.

In una sentenza 32.2012.95 del 5 febbraio 2013 il TCA ha respinto il ricorso di un assicurato, socio e gerente di una società, unitamente alla moglie, abile al lavoro al 55% in qualsiasi attività, come in precedenza, a cui è stata soppressa la rendita, poiché, malgrado il danno alla salute fosse rimasto invariato, dall'inchiesta economica per indipendenti era risultato che era riuscito ad aumentare il reddito, migliorando di conseguenza la sua capacità al guadagno in modo tale da non avere più diritto ad una rendita.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha pertanto alcun motivo per mettere in discussione le risultanze dell'inchiesta economica (sul valore probante di tali inchieste, cfr. STF 9C_35/2007 del 4 aprile 2008; DTF 130 V 61; DTF 128 V 93; STCA 32.2005.197 del 6 settembre 2006).

A questo proposito va del resto rammentato che, in linea di massima e senza valide ragioni, non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati e un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2).

2.13. In queste condizioni il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma.

2.14. Secondo gli 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 poste a carico della ricorrente.

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