

TI_GERICHTE 32.2019.34 vom 14. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.34

FR: TI_GERICHTE 32.2019.34 du 14 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.34 del 14 dicembre 2018

Regeste

Viste le risultanze della perizia (capacità lavorativa del 70% nell'attività abituale e in una adeguata) a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che () il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). () (STF I 384/06 del 4 luglio 2007).

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 pag. 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).

Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa:

"()

4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt.()■.

Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni dalieiefino amedio-gravi(DTF 143 V 409), ma anche pertutte le malattie psichiche(DTF 143 V 418).

E. 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 LPGA 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., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a pié pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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 pag. 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 (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA.

2.3. 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 Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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 pag. 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). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere 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 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). 2.4. Nel caso di specie, a seguito della domanda di prestazioni presentata dall'assicurata nel mese di aprile 2018 (cfr. consid. 1.1) – visto il rapporto intermedio del 10 agosto 2018 (doc. AI 14/85-87) nel quale il medico SMR dr. _____ ha indicato che “(...) il medico psichiatra curante, dr. _____ e la dr.ssa Ma _____, medico psichiatra, evidenziano patologie psichiatriche con ripercussioni sulla CL dell'assicurata, il dr. med. _____, perito fiduciario, in due differenti circostanze, non ritiene diagnosticabili patologie psichiatriche. (...)” (doc. AI 14/85) – , l'Ufficio AI ha ritenuto necessario sottoporre l'interessato ad una perizia psichiatrica affidata al _____ (cfr. doc. AI 13/83-84 e 16/90-92 e 17/93-96). Con referto peritale del 28 settembre 2018 (doc. AI 18/97-118) il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia del _____ – indicati la situazione iniziale e gli aspetti formali; elencati gli atti considerati ai fini della valutazione; esposti i dati clinici: l'anamnesi, la descrizione della giornata, i sintomi soggettivi spontaneamente riportati dall'assicurata, il trattamento psichiatrico attuale e il reperto: le osservazioni sul comportamento ed aspetto esteriore, la comprensione linguistica, l'esame clinico secondo AMDP-System e gli approfondimenti testali – , ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “Episodio depressivo di grado lieve (F 32/0)” (doc. AI 18/113) e nessuna diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. In sede di discussione i periti del _____ si sono così espressi: " (...) Al di là di una certa teatralità espressiva e del piacere da lei descritto prima dell'insorgenza della malattia di stare insieme agli altri, di restare al centro dell'attenzione e di confidare molto nei loro apprezzamenti che assecondava tenendo molto alla propria immagine esteriore, non si osservano impulsività, né tratti tipicamente ansiosi nell'anamnesi remota. L'assicurata è giunta in Ticino inizialmente da sola, si è adattata bene, è sempre stata impiegata presso gli stessi datori di lavoro a cui parrebbe ancor oggi molto legata, tanto da rilevarne l'azienda quando questi hanno ceduto l'attività e l'ha gestita in piena autonomia, mostrando evidentemente delle capacità di tenuta, organizzazione e persistenza che non sono tipiche di una personalità immatura. Non si rilevano nemmeno a partire dall'adolescenza aspetti di asocialità legata all'ansia e alla convinzione di essere inetta o poco attraente o inferiore, come tipicamente accade a soggetti con tratti o disturbo ansioso di personalità, quanto piuttosto il contrario ed il timore dell'esposizione anche lavorativa ai potenziali giudizi degli altri, non pareva essere minimamente un tratto caratteriale specifico, così come non vi era alcuna restrizione dello stile di vita a causa del bisogno di sicurezza. Non è pertanto minimamente condivisibile la diagnosi posta dalla Dr.ssa _____ e dal Dr. _____ di disturbo misto della personalità di tipo immaturo ansioso, non essendo soddisfatti né i criteri generali né quelli specifici per un disturbo della personalità secondo la classificazione ICD 10. Per quello che riguarda la tricotillomania, l'assicurata riferisce di essersi accorta ad un certo punto, dopo l'inizio del malessere, del presentarsi di alopecia a chiazze ed afferma che questa cosa l'aveva preoccupata e disturbata ma, contemporaneamente, si era accorta che nei momenti di maggior tensione tendeva a tirarli forte, riconoscendo che questo avrebbe favorito l'ulteriore caduta di capelli, cosa peraltro che negli ultimi 3-4 mesi sarebbe andata migliorando e che infatti non si obiettiva nell'attualità. Ricordo che la tricotillomania è un disturbo del comportamento di tipo ossessivo-compulsivo, caratterizzato da un irrefrenabile impulso di tirare e strappare i capelli dal cuoio capelluto, seguito da un senso di sollievo al compimento dell'atto patologico. Tale comportamento, prevalente nel sesso femminile, che spesso si associa ad onicofagia, compare per lo più fin dall'infanzia (cosa che non è successa nel caso specifico)

ed è una modalità di scarico della tensione emotiva spesso associata a periodi di eccessivo stress o di deflessione timica; deve tuttavia avere le caratteristiche di una compulsione cioè di un comportamento vissuto coattivamente da parte del soggetto, cosa che non viene descritta dall'assicurata. Non si notano nell'attualità segni di onicofagia nè comportamenti di questo tipo, anche se la presenza rilevabile di tensione (strappare la busta di plastica, ritorcersi le mani, infilare le dita più volte in un foro della maglietta allargandolo), confermano uno stato di tensione che potrebbe portare ad epifenomeni comportamentali di tal guisa che, tuttavia, nell'attualità l'assicurata stessa giudica minimi. Per quanto attiene al disturbo depressivo anamnesticamente, l'assicurata afferma che dopo la morte del padre ha avuto un periodo di importante calo ponderale ed una reazione da lutto che sarebbe durata a lungo, fatto rilevato anche dalla Dr.ssa _____ nella sua relazione del giugno 2017: L'assicurata tuttavia afferma che a quell'epoca aveva partorito e che riusciva a gestire la bambina, a lavorare saltuariamente come in precedenza in patria e nel 1989 sarebbe giunta in Ticino la prima volta come lavoratrice stagionale e per questo appare difficile asserire che si trattasse di un episodio depressivo maggiore. Infatti, a giusta ragione, la Dr.ssa _____ parla di un probabile disturbo dell'adattamento. Quindi l'episodio che sarebbe insorto nel 2016 non appare una ricorrenza depressiva come si intuirebbe dalla diagnosi posta dal Dr _____ che parla di una sindrome depressiva ricorrente e che, stando all'esame anamnestico, non appare pertanto giustificata. Venendo poi all'episodio in esame che sarebbe insorto dopo la morte della madre avvenuta nel febbraio del 2016, si deve considerare che l'assicurata giungeva comunque da un periodo di stress prolungato. Il socio del ristorante se ne era andato a suo dire improvvisamente nel 2013 e lei aveva ereditato una situazione debitoria importante che aveva condotto al fallimento della società e, solo grazie al rilevamento della stessa da parte della figlia, l'assicurata era riuscita a mantenere viva la precedente attività. La presenza comunque di una forte situazione debitoria, tutt'ora non risolta e che l'assicurata nel 2017 è riuscita a contrattare dilazionando il pagamento con l'ufficio fallimenti, rappresenta, oltre che un aspetto di cui tenere conto nella valutazione degli eventi esterni non indennizzabili e del vantaggio secondario dall'aver una rendita, uno stressor che era presente da tempo nel momento del decesso della madre. Il fatto che l'assicurata non abbia avuto una limitazione della CL subito dopo la morte della madre, come afferma il Dr _____, di per sé non significa che ella non potesse stare male da alcuni mesi prima dell'inizio della inabilità lavorativa certificata soltanto a giugno 2016. Tuttavia all'inizio della presa in carico il Dr _____ diagnosticava un episodio depressivo lieve e prescriveva Fluctine e già a due mesi dall'inizio della malattia la dichiarava abile al 50%, prevedendo un ulteriore miglioramento a breve dal momento che pronosticava una ripresa piena a settembre 2016. Il Dr _____, che la vedeva ad agosto 2016, non confermava la diagnosi non obiettando alcuna psicopatologia maggiore; il curante solo diversi mesi dopo (nel gennaio 2017) prendeva effettivamente posizione, contestando la perizia fiduciaria e ponendo una diagnosi di maggior gravità rispetto alla precedente (episodio depressivo di media gravità). D'altra parte quando l'assicurata è stata visitata dalla Dr.ssa _____ nel giugno 2017, assumeva solo Deanxit e non Fluctine il che contrasterebbe con una prescrizione in linea con il suddetto certificato peggioramento, peraltro non accompagnato da incremento della IL e con il mantenimento sempre di una prognosi positiva, tanto che la stessa Dr.ssa _____ consigliava la reintroduzione della terapia antidepressiva ed una titolazione del dosaggio fino a 40 mg/die. Vero è tuttavia che la sintomatologia che aveva condotto la Dr.ssa _____ a porre la diagnosi di episodio depressivo di grado medio si fondava su una descrizione dei sintomi riferiti e non era

presente una obbiettivazione degli stessi, come contesta il Dr. _____ nella sua nuova valutazione peritale fiduciaria avvenuta nell'agosto 2017, dove peraltro il quadro appare differente anche da quello descritto dalla Dr.ssa _____ che l'aveva vista da poco, con atteggiamento ancor più chiuso, dichiarando vuoti di memoria che parrebbero effettivamente del tutto anomali e che, anche all'attuale valutazione peritale non solo non si obbiettivano, ma non vengono nemmeno riportati dall'assicurata stessa. Si deve in questo senso considerare la componente disforica, di tensione e di irritabilità che viene descritta dall'assicurata anche attraverso alcuni esempi (discussioni con pizzaiolo e con un cliente o con il marito) e che è verosimile, visto lo stato di tensione che si evidenzia al colloquio e che potrebbe averla portata ad un atteggiamento di chiusura e aggravante al secondo colloquio con il Dr. _____, visto l'esito a lei sfavorevole del primo e la diatriba tra il curante ed il perito, di cui era a conoscenza. Ritengo pertanto che nella seconda valutazione del Dr. _____ il rapporto con il perito e la valutazione siano state in parte influenzate da queste componenti che comunque confermano la capacità dell'assicurata di variare il proprio atteggiamento a seconda del contesto, di aver ben presente la situazione e le conseguenze dello stesso, il che appare poco compatibile con un quadro depressivo di elevata gravità sebbene dimostrino il vissuto di incompiutezza da lei provato, anche se la sua reazione non abbia fatto che confermare la precedente posizione del Dr. _____ il quale, giustamente, afferma che con disturbi mnesici di tal guisa sarebbe stato impossibile svolgere l'attività di cameriera anche al 50%. L'analisi di decorso poi parrebbe non portare ad alcuna modificazione del quadro nel corso di questi due anni mezzo, nonostante le differenti prese di posizione rispetto all'importanza dello stesso. Il Dr. _____, a parte rilevare un peggioramento di quanto soggettivamente riportato nella sua seconda valutazione, non modifica la sua posizione ed il Dr. _____ continua poi a certificare un quadro depressivo di media gravità che, pur perdurando da tempo, non sembra affrontare con una modificazione del principio attivo antidepressivo (anzi viene ridotta la posologia della fluoxetina). Anche dalla ricostruzione longitudinale fatta dall'assicurata ella riporta costantemente i sintomi depressivi quali abulia, anedonia, anergia associati ad irritabilità, ritiro, insofferenza sia verso gli altri che verso sé stessa, incremento del craving per i carboidrati e mantenimento di un peso stabile ma che, ormai da diverso tempo, sarebbe aumentato a causa di abitudini alimentari che assecondano il suo stato di tensione, peggiorando anche la percezione dell'immagine di sé con ricadute sulla sua autostima. L'unico miglioramento riferito atterrebbe alla diminuzione dell'alopecia e di taluni comportamenti quali il tirarsi i capelli o mangiarsi le unghie; contemporaneamente parlerebbe più volte di idee autolesive e farebbe riferimento ad un gesto compiuto un mese prima della valutazione che, tuttavia, appare descritto in modo vago, che non avrebbe riferito ai curanti e non avrebbe evidentemente destato allarme nei famigliari i quali, pur essendone a conoscenza, non avrebbero allertato loro stessi i medici ma si sarebbero limitati a farla andare più tempo presso il ristorante per controllarla. Pur non entrando nel merito della diatriba tra il perito fiduciario ed il curante, mi limito a sottolineare quindi quelli che sono i sintomi realmente oggettivabili ad oggi e che quindi devono essere tenuti in considerazione nel determinare la diagnosi rispetto ad una valutazione peritale a fini medico assicurativi. L'assicurata presenta un umore depresso soprattutto se paragonato al funzionamento solare riferito come suo tipico. Riferisce perdita di piacere ed interesse per le cose precedentemente piacevoli, anche se a questo proposito si deve sottolineare come frequenti ancora per più di 6 ore al giorno il luogo che era il suo centro di interesse e che amava frequentare, senza riferire di aver abbandonato altri interessi che aveva in

precedenza, visto che il fulcro rimaneva la sua attività di cameriere ed il rapporto con i clienti. I capelli sono scarmigliati ma ben tinti e anche con un taglio curato; le mani non mostrano segni di onicofagia e le unghie sono tagliate piuttosto corte; non si assiste ad un rallentamento ideomotorio e l'assicurata stessa afferma che più che insicura sul lavoro si sente svogliata e disinteressata rispetto a prima. Nonostante si dica astenica non appare per nulla stanca nel colloquio e comunque trascorrerebbe molte ore nel locale, nonostante si dica infastidita dalla clientela, facilmente irritabile e disforica. Nonostante affermi che si è ritirata dalle relazioni, nello stesso tempo non desidera un reale isolamento visto che trascorre molto tempo in pizzeria. Inoltre, se avesse costantemente un atteggiamento stizzito ed evitante i rapporti, rappresenterebbe un problema all'interno del ristorante, cosa che l'assicurata non riferisce. Afferma di aver tentato il suicidio per impiccagione ma sarebbe stato un tentativo goffo che non viene particolareggiato nella descrizione su cui tende a glissare. Per questo la figlia la vorrebbe al ristorante più tempo per controllarla; di contro non ne avrebbe parlato ai curanti e questo non per il timore di un ricovero, peraltro a suo dire mai proposte e nemmeno perché abbia una chiara intenzione di ripetere il gesto. L'assicurata appare essere molto presente e precisa sul mancato pagamento della cassa malati, e sul fatto di non esser stata riconosciuta come malata e per contro molto vaga e per nulla recriminativa sul come sono andate le cose con l'ex socio del ristorante, così come sul tema del rapporto con la madre se non limitandosi a riferire che avrebbe scatenato il malessere. Inoltre pur non presentando latenza nelle risposte, pur essendo in grado di rispondere ad approfondimenti rispetto a taluni argomenti (e meno ad altri) e pur svolgendo ancora l'attività di cameriera, ha ottenuto punteggi gravemente patologici al Trail Making test che sono molto dissonanti dal rilievo clinico e dalla possibilità di svolgere l'attuale attività. L'assicurata tende a soffermarsi e ritornare sempre sull'elencazione della sintomatologia che appare un po' esibita, anche quando si parla del suo funzionamento passato; se questo è possibile rispetto alla presenza di alcuni rimuginii in tal senso, non vi è tuttavia alcuna revisione negativa della propria storia, non vi sono temi di colpa né di rovina tipici dei quadri depressivi maggiori di grado elevato. È invece evidente una inquietudine e tensione che difficilmente può essere esibita per un tempo prolungato; sostiene poco lo sguardo dell'interlocutore, anche se questo non parrebbe dovuto a diffidenza né a senso di inadeguatezza. Nonostante questo non si sono notati nel corso dei colloqui reazioni di stizza o atteggiamenti negativi reattivi a fronte dei tentativi di approfondimento ulteriore da parte del perito. In definitiva a parte l'umore deflesso, una quota anedonica, uno stato di agitazione e tensione, modificazioni dell'appetito e del peso che sono costanti da tempo (due sintomi del criterio B e due del criterio C) non è possibile obiettarne chiaramente altri al di là di quanto soggettivamente riferito. Per questo la diagnosi che può essere posta sul piano nosografico categoriale è quella di Episodio depressivo di grado lieve. (...)" (doc. AI 18/110-113) Sempre i periti del _____, circa la "Valutazione psichiatrica e medico assicurativa" e l' "Elenco dei quesiti peritali e relative risposte", si sono così espressi: " (...) 1. Descrizione di risorse e deficit - secondo schema MINI ICF - APP - 7.1 Sintesi della storia personale professionale e sanitaria dell'assicurato e descrizione della sua situazione psichica, sociale e medica attuale. L'assicurata, che non riferisce ereditarietà nel gentilizio ed ha sostanzialmente un'anamnesi muta per patologie psichiatriche maggiori se non per una reazione da lutto alla morte prematura ed improvvisa del padre che non parrebbe aver particolarmente influito sul suo funzionamento, è giunta in Ticino dalla _____ prima come stagionale poi definitivamente nel 1994. Si sarebbe ben adattata alla nuova realtà e sarebbe stata raggiunta prima dal marito e soltanto nel 2001 dalla figlia,

allora quattordicenne. Ha sempre lavorato nello stesso posto e per lo stesso datore di lavoro, fino a rilevarne l'attività attorno al 2006 insieme ad un socio che, nel 2013, avrebbe abbandonato improvvisamente la società lasciandole debiti che ella deve ancor terminare di saldare. La figlia ha rilevato la proprietà dell'azienda e così la _____ ha potuto tenere ancor aperti i battenti, anche se lo stress di quel periodo viene descritto come notevole. Nel febbraio 2016 muore la madre a poco più di un mese dalla diagnosi di un carcinoma. L'assicurata da allora presenta una sintomatologia depressiva che l'ha condotta prima ad una certificazione di IL completa, redatta dallo psichiatra che l'ha presa in carico da maggio 2016, il quale, a partire da luglio dello stesso anno, e da allora in modo continuativo, la dichiara abile al 50%. L'assicurata ha quindi ripreso il lavoro in tale percentuale sempre presso lo stesso _____, riferendo una riduzione notevole della sua performance rispetto a prima.

7.2 Valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazione, provvedimenti di integrazione e discussione sulle possibilità di guarigione. Visto il decorso caratterizzato da una scarsa sensibilità al trattamento anche prolungato e a dosaggio normalmente efficace (fino a 40 mg/die) con fluoxetina, e l'assenza di aspetti personologici che facciano pensare che vi sia una resistenza al trattamento, si ritiene del tutto indicato il passaggio ad un'altra molecola ad azione duale (noradrenergica e serotonergica), che dovrà essere titolata gradualmente fino al dosaggio minimo efficace; sono poi possibili ulteriori augmentation attraverso l'utilizzo di bassi dosaggi di neurolettico atipico per ridurre la tensione, qualora la sola introduzione di un differente antidepressivo non si riveli efficace. Ritengo che con un tale trattamento, in assenza di segni di cronicizzazione quali l'appiattimento affettivo nonostante la lunga durata di malattia, sia molto probabile un franco miglioramento del quadro clinico valetudinario nell'arco di 6-8 mesi che potrebbe verosimilmente condurre ad un netto miglioramento della capacità lavorativa nell'attività abituale, anche nella misura superiore ad un 20%. La prognosi per un recupero sostanziale della capacità lavorativa è buona con il suddetto intervento farmacoterapico. Utili anche la prosecuzione del trattamento psicoterapico e, ovviamente, della presa in carico psichiatrica.

7.3 Valutazione della coerenza e plausibilità. Come già sottolineato in discussione diagnostica, si sono notate alcune discrepanze tra quanto soggettivamente riferito e quanto è invece oggettivabile sia alla valutazione clinica, che dalla descrizione del tempo di presenza al lavoro, che da una certa enfasi posta sui sintomi che diviene invece più vaga ai tentativi di approfondimento ulteriore da parte del perito. A questo si associa la sensazione di una sofferenza che, pur riferita come molto importante, non suscita nella narrazione una risposta controtransferale sempre sintona il che, pur essendo un elemento in parte soggettivo, viene comunque considerato importante nella valutazione psichiatrica. Per questo ritengo che il quadro depressivo, pur presente e parzialmente limitante la capacità lavorativa, lo sia in misura significativamente inferiore a quanto riferito soggettivamente e a quanto certificato dal curante. Il quadro è comunque consistente e plausibile e, nella stima della CL, si è tenuto conto della componente di vissuto soggettivo che appare tuttavia non sempre supportato da una oggettivazione clinica. Vista la situazione debitoria esplicitata dall'assicurata relativa al fallimento dell'azienda di cui era amministratrice, non si possono escludere vantaggi secondari nell'ottenimento di una rendita. Se da una parte è innegabile che la tolleranza sul posto di lavoro può essere maggiore per il fatto che la titolare sia la figlia, dall'altra questo stesso fatto può rendere di parte anche il giudizio del datore di lavoro sull'effettivo funzionamento dell'assicurata.

7.4 Valutazione di capacità risorse e problemi

Descrizione di risorse e deficit - secondo schema Mini ICF-APP 1. Rispetto delle regole : grado di disabilità assente: l'assicurata si reca regolarmente al lavoro sia al mattino che al

pomeriggio. Anche se ritiene di avere avuto talvolta reazioni negative e stizzite con colleghi e clienti, esse non avrebbero tuttavia indotto la titolare, nonché figlia dell'assicurata, a ridurre la sua presenza nel timore che questo abbia ripercussioni sul clima e che quindi non sono probabilmente così intense e pervasive.

2. Organizzazione dei compiti : grado di disabilità assente: l'assicurata non si sente insicura nelle mansioni da svolgere, anche se ritiene che le manchi la spinta, la voglia e la passione che metteva prima nella sua attività. Quindi il limite non appare dettato dall'incapacità di riconoscere le priorità e di dar corso alle azioni intraprese o programmate sul luogo di lavoro.

3. Flessibilità : grado di disabilità lieve-moderato: le strategie di coping sono ridotte dal quadro depressivo, dalla visione tendenzialmente negativa di sé e dalla minor tolleranza alle frustrazioni, benché l'assicurata non presenti un completo ritiro dalle relazioni e dal lavoro.

4. Competenze : grado di disabilità lieve: le competenze cognitive sono integre; non si apprezzano deficit di memoria o di concentrazione; le competenze relazionali sono ridotte e l'assicurata, per la percezione del cambiamento del suo stato, è probabilmente meno espansiva ed accogliente rispetto al passato e questa, nel ruolo di cameriera, è comunque una competenza. Il fatto che i clienti non solo la tollerino ma l'accompagnino anche alle visite (non solo a questa valutazione peritale ma anche a quelle del Dr _____), parrebbe indicare che il rapporto con loro è lungi dall'essere irrimediabilmente rovinato dagli atteggiamenti dell'assicurata.

5. Giudizio : grado di disabilità assente: esame di realtà integro; sono presenti rimuginii negativi relativi al confronto con il funzionamento passato che, tuttavia, non le impediscono di andare al lavoro e di mettersi in gioco.

6. Persistenza : grado di disabilità lieve: non tanto per la componente astenica che è poco rappresentata e scarsamente oggettivabile, quanto per la diminuzione della passione, dell'interesse e della carica energetica psicofisica dovuta al quadro depressivo.

7. Assertività : grado di disabilità lieve-moderato: a causa dell'aumentata tensione, reperto oggettivabile, dell'atteggiamento più cupo e corruciato, può indurre reazioni di avvicinamento in senso accudente o di allontanamento da parte degli altri, non sempre comprese e tollerate dall'assicurata.

8. Contatto con gli altri : grado di disabilità lieve: per la minor tolleranza alle frustrazioni, per l'atteggiamento più chiuso e meno prosociale e solare dovuto all'episodio depressivo in atto.

9. Integrazione nel gruppo : grado di disabilità lieve: attualmente da elemento trainante nel team e che risolveva i problemi, ha assunto una posizione più marginale e questo è un elemento per lei particolarmente negativo, anche se non vi sono motivi per pensare che abbia perso la capacità di relazionarsi e collaborare ad un obiettivo aziendale comune, in un'attività in cui, di fatto, è stata per anni amministratrice.

10. Relazioni intime : grado di disabilità assente: buon supporto da parte dei famigliari (figlia e marito).

11. Attività spontanee : grado di disabilità assente: anche in precedenza non aveva hobbies ed ha sempre sovrainvestito sul lavoro che rappresentava per lei anche un luogo ricreativo quando si intratteneva a chiacchierare con la clientela.

12. Cura di sé : grado di disabilità assente: nonostante si presenti con i capelli spettinati, senza trucco e con un abbigliamento semplice, non vi sono evidenti segni di trascuratezza di sé e dell'igiene personale. Peraltro si occuperebbe spesso di lavare piatti e tazzine al lavoro anche se al domicilio afferma di non fare pressoché nulla.

13. Mobilità : grado di disabilità assente: utilizza l'auto, non vi sono evitamenti agorafobici e non vi sono motivi psicopatologici che la limitino nell'eventuale utilizzo dei mezzi. L'assicurata, che conosce ben il suo lavoro e che di fatto può ricoprire numerose mansioni grazie anche alla sua trentennale esperienza, ha inevitabilmente ancora molte risorse da spendere positivamente in questa tipologia di attività. Eccezion fatta per l'assertività e la flessibilità, che vengono influenzate negativamente in modo al limite moderato, le altre dimensioni sono invece o

lievemente o per nulla inficiale dalla psicopatologia. Certo, in un'altra professione, soprattutto per le difficoltà ad adattarsi e la ridotta flessibilità, è probabile che la limitazione della CL risulterebbe maggiore sul piano medico teorico. Il fatto che il posto di lavoro sia ancora disponibile è sicuramente una risorsa da sfruttare e ritengo che ogni azione volta a mantenerlo sia positiva per lo psichismo dell'assicurata. [...] 8.1 CL nell'attività abituale L'assicurata a causa dello sviluppo di un episodio depressivo di grado lieve presenta nell'abituale professione di cameriera una riduzione del rendimento pari al 30% su un tempo lavoro pieno (CL del 70%) a partire dal giugno 2017. 8.2 CL in attività adeguata La professione da sempre svolta dall'assicurata rimane essere quella dove il livello di competenze, di esperienza, di tenuta e di performance è più adeguato anche perché, a causa del deficit di flessibilità, l'adattamento in una differente professione in linea con il suo livello di formazione, sarebbe probabilmente più limitante il suo rendimento. 8.3 CL in attività assimilabile a quella di casalinga Nell'ambito casalingo, benché l'assicurata riferisca di delegare tutto al marito, non dovrebbero esservi limitazioni in base al quadro clinico ed al fatto che, sul lavoro, svolgerebbe per lo più attività di pulizia che quindi non le sarebbero precluse; inoltre non vi sono deficit nell'organizzazione dei compiti ed il rallentamento delle attività e della performance appare determinato dalla quota abulica. Non ritengo quindi che, sul piano medico teorico vi siano limitazioni significative nell'attività domestica. 8.4 Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussione sulla CL È a mio avviso possibile migliorare ancora in misura rilevante la CL (di un 20%) mediante la modificazione della farmacoterapia e l'introduzione di un antidepressivo ad azione duale, eventualmente associato a basse dosi di neurolettico atipico come augmentation. Per ottenere il suddetto miglioramento della CL e la stabilizzazione del quadro, ritengo necessari 6-8 mesi. Non vi sono rischi medici per rinunciare alla terapia proposta. Da segnalare che, dai risultati dei dosaggi ematici la compliance risulta buona soltanto per la fluoxetina. Non ritengo medicalmente indicati interventi socioprofessionali; la professione dell'assicurata che attualmente sta svolgendo a rendimento ridotto, è anche da ritenersi confacente sul piano psichiatrico. (...)” (doc. AI 18/114-117). Le conclusioni del _____ sono state fatte proprie dal medico SMR dr. _____, il quale, nel rapporto finale del 10 ottobre 2018, ha confermato le diagnosi poste dai periti e concluso per un’abilità lavorativa del 70%, dal giugno 2017, tanto nell’attività abituale quanto in un’altra adeguata (cfr.doc. AI 19/119-121). L’Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate – considerata l’insorgente reintegrabile, oltre che nella sua professione, anche in altre attività generiche di tipo semplice e ripetitivo, reperibili sia nel settore secondario che nel terziario e ritenuto il grado d’invalidità non pensionabile del 18% ottenuto dal confronto dei redditi da valido e invalido (cfr. doc. AI 20/122-125) – , con la decisione impugnata ha negato il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.2). 2.5. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). 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). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludentza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero

materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 5.3). 2.6. Il TCA ricorda innanzitutto 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. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.5), non ha motivo per mettere in dubbio le succitate valutazioni formulate dai periti del _____ nella perizia del 28 settembre 2018 (cfr. consid. 2.4), confermate anche dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 10 ottobre 2018 (doc. AI 19/119-121). Perizia, quella del _____, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, nella succitata perizia del 28 settembre 2018, il dr. Boselli ha considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna valida documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il perito. In particolare – ancorché, dopo che il

E. 31

ottobre 2018 l'Ufficio AI aveva trasmesso la perizia del _____ al dr. _____ (doc. AI 24/130-131), già con le osservazioni del 3 dicembre 2018 (cfr. doc. AI 28/139-140) aveva evidenziato che “(...) l'assicurata, dopo aver approfonditamente esaminato questo referto peritale [nдр: si riferisce alla perizia del _____ del 28 settembre 2018] , si riserva di prendere posizione in merito, in particolare con le osservazioni del proprio curante. (...)” (doc. AI 28/139) – , con il ricorso, l'insorgente si è limitato a sostenere che “(...) la ricorrente, in questa sede, non può che riconfermare la sua inabilità al lavoro per malattia nella misura del 50% come attestato e confermato dal suo curante dr. med. _____. La ricorrente, ormai da oltre due anni e mezzo, a causa della malattia, è in grado di lavorare solo al 50%. Quanto indicato dal perito di parte designato dall'Ufficio AI non può essere accettato. Vista la chiara divergenza tra i pareri del perito di parte dell'AI e del curante, a mente della ricorrente, per stabilire il suo corretto grado di inabilità al lavoro a causa della malattia psichiatrica, risulta indispensabile procedere con l'allestimento di una perizia giudiziaria neutra. La ricorrente ritiene comunque che l'inabilità al lavoro al 50% non può che essere confermata visti i precisi e dettagliati accertamenti del curante, il quale è sicuramente l'esperto più idoneo per poter correttamente valutare la capacità lavorativa della paziente. Le diagnosi confermate anche dai periti dell'AI, confermano la gravità del disturbo del quale soffre la ricorrente. Le conseguenze sono importanti e non consentono alla medesima, come stabilito dal suo curante, di esercitare un'attività lavorativa superiore al 50%. (...)” (I, punto 5, pagg. 3 e 4), senza tuttavia produrre la benché minima documentazione medica atta a mettere in dubbio la perizia del _____ e/o a dimostrare un peggioramento intervenuto dopo la medesima e prima della decisione impugnata (in concreto: il 14 dicembre 2018, data che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti). L'insorgente si è in sostanza limitato a contestare le conclusioni a cui sono giunti i periti del _____ nella perizia del 28 settembre 2018 che ha

accertato una capacità lavorativa a suo dire non data. Egli non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche e nemmeno un peggioramento dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale. Il ricorrente si è quindi limitato ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che la situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo, fosse differente. Va osservato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. STCA 32.2018.165 del 13 marzo 2019, consid. 2.6 con riferimenti). Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.3 e 2.5), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – le valutazioni dei periti del _____, fatte proprie dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.4), vanno confermate. In questo senso, tanto la domanda d'esecuzione di una perizia giudiziaria (“(...) vista la chiara divergenza tra i pareri del perito di parte dell'Al e del curante, a mente della ricorrente, per stabilire il suo corretto grado di inabilità al lavoro a causa della malattia psichiatrica, risulta indispensabile procedere con l'allestimento di una perizia giudiziaria neutra. (...)” (I, punto 5, pag. 3)) quanto il richiamo dell'intera cartella clinica dal dr. _____ e la sua personale audizione (cfr. consid. 1.5), vanno disattese. Va qui ricordato che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Stante quanto precede va quindi confermata la valutazione del medico SMR dr. _____ che, nel rapporto finale SMR del 10 ottobre 2018 (doc. AI 19/119-121), ha concluso che, dal giugno 2017, la capacità lavorativa nell'attività abituale e in un'altra adeguata è del 70% (riduzione del rendimento). 2.7. In

merito alla valutazione economica – osservato che con la risposta, dopo aver confermato la riduzione del 5% dal reddito statistico da invalido e conseguentemente il grado d'invalidità del 18% ottenuto confrontando i redditi da valido e da invalido, l'Ufficio AI ha evidenziato che "(...) a titolo puramente abbondanziale, si rileva che anche se si dovesse tener conto nel caso in esame - per ipotesi di lavoro - della giurisprudenza relativa al gap salariale (cfr. il gravame ai punti 6 e 7), l'assicurata non presenterebbe comunque il grado minimo del 40% per poter beneficiare del diritto ad una rendita d'invalidità. In effetti l'assicurata, quale cameriera, avrebbe guadagnato nel 2016 CHF 44'280.-/anno per un'occupazione a tempo pieno. Tale reddito si situa, per ragioni estranee all'invalidità, sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè CHF 49'725.-; cfr. Tabella TA1 2016 skill level p.to 55-56 "Servizi di alloggio e ristorazione", livello di qualifica 1, CHF 3'900.- x 12 mesi = 46'800.- riportato su 42,5 = 49'725 nel 2016). Se si riduce il reddito statistico da invalido, in applicazione della giurisprudenza di cui alla 8C 44/2009 del 3 giugno 2009, della percentuale del 5,95% (parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5%), si ottiene un importo di CHF 51'333,55. Riconoscendo poi le riduzioni del 70% (dal lato medico) e del 5% (dal lato economico), il reddito da invalida corrisponde a CHF 34'136,80 (che raffrontato all'importo di CHF 44'280.- definisce un grado AI del 22,9%). Infine, ma non da ultimo per importanza, si sottolinea che l'assicurata - nell'ipotesi a lei più favorevole - presenterebbe un grado AI pari al 30% (secondo il raffronto percentuale dei redditi applicabile in concreto), ovvero sia un grado AI sempre e comunque inferiore al minimo pensionabile del 40%. (...)” (VI, pag. 4) – questo Tribunale rileva quanto segue. 2.7.1. Calcolo del grado d'invalidità secondo l'incapacità di lavoro (confronto percentuale dei redditi). 2.7.1.1. Secondo la giurisprudenza riassunta nella STF 9C_627/2017 dell'11 dicembre 2017, se la persona interessata non sfrutta in maniera completa e ragionevolmente esigibile la capacità lavorativa residua, il reddito da invalido va di principio determinato alla luce dei dati forniti dalle statistiche salariali come risultano segnatamente dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (ISS; DTF 126 V 75 consid. 3b pag. 76 con riferimenti). Tuttavia, è possibile derogare a questo principio e fissare la perdita di guadagno direttamente in base all'incapacità di lavoro operando un confronto percentuale (“Prozentvergleich”). Questo metodo costituisce una variante ammissibile del raffronto dei redditi basato su dati statistici: il reddito da valido è preso in considerazione nella misura del 100%, mentre il reddito da invalido è preso in considerazione tenendo conto dell'incapacità lavorativa, la differenza percentuale corrisponde in tal modo al grado d'invalidità (sentenze 8C_628/2015 del 6 aprile 2016 consid. 5.3.5 e 8C_211/2013 del 3 ottobre 2013 consid. 4.1 con i riferimenti pubblicata in SVR 2014 UV n. 1 pag. 1; Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a LAI, n. 35 e seg.). L'applicazione di questo metodo si giustifica quando il salario da valido e quello da invalido sono fissati in base agli stessi dati statistici, oppure quando il lavoro precedentemente svolto è ancora possibile (perché il contratto di lavoro per esempio non è stato sciolto), oppure quando questo lavoro offre le migliori possibilità di reintegrazione professionale (perché per esempio il salario prima dell'invalidità è superiore a quello da invalido) (sentenze 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 3.2 e 8C_294/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 6.4.1). 2.7.1.2. Nel caso in esame, dagli atti risulta che l'assicurata è ancora alle dipendenze dell'_____ nella misura del 50% (cfr. il questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 6/42-50 e il certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria sub XII/1). Dal canto suo il consulente in integrazione professionale, quanto all' “Analisi della reintegrabilità e valutazione attività esigibili senza (ri)formazione specifica”, nella

valutazione del 29 ottobre 2018 (doc. AI 23/128-129) – rilevato che di professione è “(...) impiegata come cameriera al 100% al _____ a _____ con un salario di 3'690.- chf. Lavora al _____ a _____ dal 1991. (...)” (doc. AI 23/128) – , ha evidenziato che “(...) il perito ritiene che la professione esercitata è quella “dove il livello di competenze, di esperienza, di tenuta e di performance è più adeguato” (8.1 – 8.2 pg. 20). Ritengo che per il caso specifico, in rapporto a quanto espresso in sede medica sia dal perito, sia dal medico SMR l'attività abituale sia adeguata (...)” (doc. AI 23/129). Stanti le suddette evenienze, mediante il confronto percentuale dei redditi – in concreto applicabile conformemente alla succitata giurisprudenza (il contratto di lavoro non è infatti stato sciolto) – e ritenuta la capacità lavorativa del 70% nell'attività abituale esercitata, il grado d'invalidità risulta essere del 30%.

2.7.2. Calcolo del grado d'invalidità in base al metodo del confronto dei redditi (metodo ordinario).

2.7.2.1. Per quel che concerne il reddito da valido l'Ufficio AI ha considerato “(...) quello realizzabile nell'attività svolta precedentemente all'insorgenza del danno alla salute, pari a Fr. 44'280.00 annui (dato relativo all'anno 2016 per attività svolta a tempo pieno) (...)” (doc. AI 29/142). Detto importo non è stato contestato dall'insorgente che lo ha ripreso nei calcoli esposti nel ricorso a cui qui si rinvia. Questo Tribunale rileva che – vista la domanda di prestazioni dell'aprile 2018 (cfr. consid. 1.1) e in applicazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI stante il quale il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 LPGa – , nella fattispecie concreta, il 2018 risulta essere l'anno determinante per il confronto dei redditi (l'eventuale diritto alla rendita nasce infatti al più presto nel mese di ottobre 2018) e che pertanto i redditi da valido e invalido vanno aggiornati a quell'anno. In concreto, visto che dalle tabelle dei salari relative agli anni 2015, 2016, 2017 e dai conteggi paga dei mesi da gennaio a aprile 2018 (cfr. doc. 6/51-57) non risultano – fatta salva la riduzione a partire dal mese di luglio 2016 vista la diminuzione del grado d'occupazione dal 100% al 50% dopo il danno alla salute (cfr. doc. AI 6/44) – variazioni salariali, il risultato non cambia e quale reddito da valido va quindi ritenuto l'importo (lo si ribadisce rimasto incontestato) di fr. 44'280.--.

2.7.2.2. Per quel che concerne il reddito da invalido – ricordato che per l'applicazione dei dati statistici l'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006) – vale quanto segue. Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2016 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (livello di qualifica 1) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato , cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 52'356.-- (4'363 x 12 mesi), che, aggiornato al 2018 e adattato al tempo lavorativo di 41,7 ore, dà un reddito di fr. 55'048.96 (52'356 : 105 x 105,9 : 40 x 41,7; cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2018, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; STF 8C_671/ 2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2) . L'insorgente, come risulta dal ricorso a cui qui si rinvia, pretende che il reddito da invalido venga ridotto del 13.53% per gap salariale. Al riguardo – a prescindere dal fatto che il ricorrente (partendo dai dati di cui alla tabella allestita il 24 ottobre 2018 sub doc. AI 20/122) erroneamente paragona il reddito da valido (fr. 44'280) al valore totale del salario lordo mediamente percepito dalle

donne (fr. 54'355) e non invece alla media dei salari svizzeri per un'attività equivalente come rettamente indicato dall'Ufficio AI che, con la risposta, è giunto all'importo di fr. 49'725.-- in applicazione della "(...) Tabella TAI 2016 skill level p.to 55-56 "Servizi di alloggio e ristorazione", livello di qualifica 1, CHF 3'900.- x 12 mesi = 46'800.- riportato su 42,5 = 49'725 nel 2016). (...)" (VI, pag. 4) – va rilevato quanto segue. Dagli atti risulta che l'assicurata, dal gennaio 1991 in avanti, ha sempre svolto la medesima attività alle dipendenze del medesimo datore di lavoro (cfr. il questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 6/42-50 e il curriculum vitae sub AI 7/63) e che dal 2015 ha sempre percepito il medesimo stipendio (cfr. doc. 7/51-57; la riduzione dello stipendio dal mese di luglio 2016 è proporzionale alla diminuzione del grado d'occupazione dal 100% al 50% dopo il danno alla salute; cfr. doc. AI 6/44). In simili circostanze questo Tribunale deve concludere che la ricorrente, per motivi estranei all'invalidità, si sia deliberatamente accontentata del proprio reddito e non abbia cercato di migliorare la sua condizione economica. Non è stato del resto fatto valere – né vi sono indizi in tal senso: l'insorgente si limita a sostenere in modo del tutto generico e senza in alcun modo documentare che "(...) evidentemente non era intenzione della ricorrente accontentarsi di un guadagno modesto. (...)" (I, pag. 5) – che in passato ella avrebbe optato per un'attività più redditizia. Essendosi quindi accontentata di una retribuzione minima non vi è spazio per applicare alcuna riduzione per gap salariale (sul tema cfr. STF 9C_430/2013 del 22 luglio 2013 e STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013; STCA 32.2017.219 dell'8 novembre 2018, consid. 2.7.2STCA e STCA 32.2013.124 del 2 giugno 2014, consid. 2.6.2). Quanto alla riduzione sociale – secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico: il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro e che 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) – , riconosciuta dall'amministrazione nella misura del 5% e che l'insorgente pretende del 25%, va rilevato infine quanto segue. Innanzitutto a ragione l'Ufficio AI ha evidenziato che "(...) vale qui la pena di ribadire che la riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C 655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Ora, una riduzione percentuale del salario statistico medio è stabilita dopo un esame delle circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione); detto esame globale è stato (giustamente) eseguito dall'amministrazione sub. doc. 20 incarto AI nonché all'interno della decisione impugnata.

Per quanto riguarda gli eventuali impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute, nel caso di specie non occorre applicare alcuna riduzione. In effetti, va qui rammentato che le limitazioni funzionali dovute al danno alla salute così come il fatto che l'assicurata abbia un rendimento ridotto, sono già state considerate nella – non trascurabile – inabilità lavorativa del 30% determinata in ambito medico-teorico dal perito incaricato dall'amministrazione e poi confermata dal SMR. A tal proposito, nella STF 9C 359/2014 del 5 settembre 2014 il TF ha ribadito che allorquando vi è una capacità lavorativa a tempo pieno ma con una flessione del rendimento, quest'ultima viene presa in considerazione nella fissazione della capacità lavorativa e non vi è motivo di effettuare un'ulteriore riduzione per la stessa ragione: "(...) En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). (...)” (STF 9C 359/2014 del 5 settembre 2014 consid. 5.4). L'Alta Corte si è confermata in questa giurisprudenza anche nelle STF 9C 635/2016 del 14 dicembre 2016 consid. 4.3 e 9C 603/2015 del 25 aprile 2016 consid. 8.1. Anche la nazionalità e il tipo di permesso di soggiorno (in casu il permesso C; cfr. in materia Pratique VSI 6/2000, pag. 314 consid. 5a/cc) non permettono di applicare alcuna (ulteriore) decurtazione sul reddito statistico da invalido, così come giustamente argomentato dall'amministrazione all'interno del doc. 20 incarto AI. Inoltre l'età (50 anni al momento della decisione amministrativa) non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (cfr. ISS 2014, tabella TA9; STCA del 19.9.2013, incarto nr. 32.2013.20). D'altro canto, per quanto riguarda il fattore "età", il Tribunale federale ne ha più volte negato la rilevanza in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "...auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 1 6 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohn erhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C 223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2)." (STF 8C 319/2007 del 6 maggio 2008 al consid. 8.3; cfr. anche STCA del 18.11.2015 a pag. 18, incarto nr. 35.2015.92). Infine, la circostanza che l'assicurata abbia una formazione limitata non giustifica un'ulteriore decurtazione, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 1, semplici e ripetitive) non richiedono un'esperienza professionale diversificata (cfr. in argomento la STCA del 18.11.2015 a pag. 18, incarto nr. 35.2015.92; STCA del 19.06.2017 alle pagine 43-44, incarto nr. 32.2016.52). (...)” (VI, pagg. 3 e 4). Dalle succitate (lo si ribadisce) pertinenti e complete osservazioni, tenuto conto anche del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi e può pertanto confermare la riduzione del 5% stabilita dall'Ufficio AI. In conclusione, tenuto conto di un'incapacità lavorativa per motivi medici (flessione del rendimento) del 30% (cfr. consid. 2.6) e applicata una riduzione sociale del 5%, il reddito da invalido si attesta a fr. 36'607,55 (55'048.96 x 70% ridotti del 5%). 2.7.2.3. Confrontando il reddito da valido di fr. 44'280 (cfr. consid. 2.7.2.1) con quello da invalido di fr. 36'607,55 (cfr. consid. 2.7.2.2), si ottiene un grado d'invalidità del 17% ([44'280 -

$36'607,55] \times 100 : 44'280.-- = 17.32\%$ arrotondato al 17% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) ed è quindi a giusta ragione che non è stato riconosciuto il diritto ad una rendita ai sensi dell'art. 28 cpv. 2 LAI. Questo Tribunale rileva che anche volendo applicare la riduzione del 25% pretesa dall'insorgente, il risultato non cambia. Infatti, in questo caso, il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 28'900.70 ($55'048.96 \times 70\%$ ridotti del 25%) e il grado d'invalidità si attesterebbe al 35% ($[44'280 - 28'900.70] \times 100 : 44'280.-- = 34.73\%$ arrotondato al 35%) comunque inferiore alla soglia minima del 40%. Anche volendo, per pura ipotesi di lavoro, applicare la riduzione del 5.95% per gap salariale (stabilita in modo corretto dall'Ufficio AI con la risposta di causa a cui qui si rinvia) il risultato non cambia. Infatti, in questo caso, il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 34'429.40 ($55'048.96 \times 70\%$ ridotti del 5.95% e poi ancora del 5%) e il grado d'invalidità si attesterebbe al 22% ($[44'280 - 34'429.40] \times 100 : 44'280.-- = 22.24\%$ arrotondato al 22%). Addirittura, nemmeno il risultato cambia se, oltre al gap del 5.95% si volesse ritenere una riduzione del 25%. Infatti, in questo caso, il reddito da invalido ammonterebbe a fr. 27'181.11 ($55'048.96 \times 70\%$ ridotti del 5.95% e poi ancora del 25%) e il grado d'invalidità si attesterebbe al 39% ($[44'280 - 27'181.11] \times 100 : 44'280.-- = 38.61\%$ arrotondato al 39%).

2.8. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto.

2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente. Quanto all'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio la stessa è stata evasa con decreto del 12 aprile 2019 (cresciuto incontestato in giudicato) che l'ha respinta (cfr. consid. 1.6).

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