

## **TI\_GERICHTE 32.2019.93 vom 29. März 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-03-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.93](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.93)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.93 du 29 mars 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.93 del 29 marzo 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). 2.4. 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. 2.5. In concreto, in seguito alla nuova domanda di prestazioni del 10 maggio 2014/2 giugno 2014 (doc. 97 e 102 incarto AI, pag. 274 e 289), l'UAI ha fatto allestire una perizia pluridisciplinare (psichiatrica: dr.ssa med. \_\_\_\_\_; reumatologica: dr. med. \_\_\_\_\_; neurologica: dr. med. \_\_\_\_\_) del \_\_\_\_\_, redatta il 29 settembre 2015 (doc. 138 incarto AI). Dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome da disadattamento mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 43.22), sindrome cervicovertebrale con/su componente cervicobrachiale sinistra, alterazioni degenerative plurisegmentali della colonna cervicale da C2 a C7, sinostosi a livello C6-C7, pregresso intervento chirurgico per ernia discale per via anteriore a livello C6-C7, gennaio 2005, radicolopatia C7 a sinistra, con deficit sensitivo ed attualmente possibile irritazione della radice senza deficit di forza, sindrome lombovertebrale con/su alterazioni statiche, scoliosi sinistro-convessa, alterazioni degenerative con discopatie plurisegmentali e possibile disturbo di assimilazione lombosacrale simmetrico e la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di gonalgie bilaterali su iniziale condropatia, fibromalgia di tipo primario, dislipidemia, pregresso intervento a causa di vene varicose agli arti inferiori. I periti hanno stabilito che l'interessata, nelle attività precedentemente svolte, presenta una capacità lavorativa dell'85% come esercente, del 60% come cameriera e del 40% come

cuoca (pag. 26 incarto AI). Essi hanno precisato che “ la riduzione della capacità lavorativa è dovuta principalmente alle patologie al rachide cervicale e lombare, alla radicolopatia C7 sinistra ed ai problemi psichici”. In attività adeguate l’insorgente è abile al lavoro all’85% (presenza tutto il giorno ma con rendimento ridotto; pag. 428 incarto AI). Il 30 gennaio 2017 i periti del \_\_\_\_\_ hanno preso posizione in merito alla nuova documentazione medica, confermando il contenuto del loro referto e proponendo una valutazione di decorso (doc. 169, pag. 569 incarto AI), redatta il 13 ottobre 2017 (doc. 186 incarto AI). I consulti sono stati allestiti dal dr. med. \_\_\_\_\_ (neurologia), dal dr. med. \_\_\_\_\_ (reumatologia) e dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (psichiatria). Dopo aver descritto gli atti, l’anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l’anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4), sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale a sinistra su/con alterazioni degenerative plurisegmentali della colonna cervicale da C2 fino a C7, con presenza di sinostosi a livello C6-C7, radicolopatia C7 sinistra, con deficit sensitivo su possibile irritazione della radice, senza deficit di forza, stato dopo intervento chirurgico per ernia discale, per via anteriore, a livello C6-C7 in data 5 gennaio 2005, sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche con scoliosi sinistro-convessa, nonché alterazioni degenerative con discopatie plurisegmentali e possibile disturbo di assimilazione lombosacrale simmetrico, nonché numerose diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa. I periti hanno stabilito che l’insorgente, nelle precedenti attività svolte, è abile al lavoro all’80% quale esercente, al 60% quale cameriera ed al 40% quale cuoca. In attività adatta ella è abile all’80% (pag. 625 incarto AI). In seguito alle contestazioni sollevate dalla ricorrente, i periti del \_\_\_\_\_ si sono nuovamente espressi in data 29 marzo 2018, ritenendo necessaria una nuova valutazione dal lato psichiatrico (doc. 207 incarto AI, pag. 793). Il 20 dicembre 2018 i periti del \_\_\_\_\_ hanno allestito una perizia bidisciplinare (visita internistica ad opera della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e visita psichiatrica ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_) di decorso (doc. 238 incarto AI). La valutazione globale interdisciplinare è stata effettuata sulla base di una discussione plenaria tra i periti del \_\_\_\_\_, il dr. med. \_\_\_\_\_ (psichiatra FMH) ed anche il dr. med. \_\_\_\_\_ (reumatologia) ed il dr. med. \_\_\_\_\_ (neurologia). Dopo aver descritto gli atti, l’anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l’anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD-10 F33.0), disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline (ICD-10 F60.31), sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale a sinistra su/con alterazioni degenerative plurisegmentali della colonna cervicale da C2 fino a C7, con presenza di sinostosi a livello C6/C7, radicolopatia C7 sinistra con deficit sensitivo su possibile irritazione della radice, senza deficit di forza, stato dopo intervento chirurgico per ernia discale, per via anteriore, a livello C6-C7 in data 5.1.2005, sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche con scoliosi sinistro-convessa, nonché alterazioni degenerative con discopatie plurisegmentali e possibile disturbo di assimilazione lombosacrale asimmetrico, nonché numerose diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (pag. 896-897 incarto AI). Circa la capacità lavorativa, i periti hanno stabilito che come esercente l’assicurata va ritenuta abile al lavoro nella misura del 70% (30% inabilità lavorativa psichica), come cameriera del 60% (integrazione delle inabilità lavorative somatica

neurologica+reumatologica e psichiatrica), come cuoca l'assicurata è abile al lavoro nella misura del 40% (integrazione dell'incapacità lavorativa somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica). In attività leggera e adatta che rispetti i criteri posti dai consulenti reumatologo e neurologo nella perizia \_\_\_\_\_ dell'ottobre 2017, l'insorgente è abile al lavoro all'80%. Il

#### **E. 7**

gennaio 2019 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale, ha confermato le conclusioni delle perizie del \_\_\_\_\_ e, rilevato che “ attualmente, l'attività esercitata dall'assicurata è quella di ausiliaria della mensa del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (recte: \_\_\_\_\_ [cfr. pag. 966 incarto AI]. Tuttavia questa attività è ritenuta adeguata ”, ha stabilito le seguenti percentuali di capacità lavorativa nelle precedenti attività (pag. 955 incarto AI): - da ottobre 2012: esercente: 85%; cameriera: 60%; cuoca: 40%; - da settembre 2015: esercente: 80%; cameriera: 60%; cuoca: 40%; - dal 14 aprile 2017 al 15 maggio 2017 0% in ogni attività; - dal 16 maggio 2017: esercente: 80%; cameriera: 60%; cuoca: 40%; - da gennaio 2018: esercente: 70%; cameriera: 60%; cuoca: 40%. In attività adeguate il medico SMR ha esposto le seguenti percentuali di capacità lavorativa sulla base delle perizie del \_\_\_\_\_ (pag. 955 incarto AI): - da ottobre 2012: 85%; - da settembre 2015: 80%; - dal 14 aprile 2017 al 15 maggio 2017: 0%; - dal 16 maggio 2017: 80%. 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare l'operato dell'UAI e non vede ragioni per scostarsi dalle perizie del \_\_\_\_\_ del 29 settembre 2015 (doc. 138 incarto AI), del 13 ottobre 2017 (doc. 186 incarto AI) e del 20 dicembre 2018 (doc. 238 incarto AI). I referti sono da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del \_\_\_\_\_. Ai referti va attribuita piena forza probante. Gli specialisti del \_\_\_\_\_ 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. La ricorrente, del resto, non apporta, in sede di ricorso, ulteriore documentazione medica atta a sovvertire le motivate e convincenti conclusioni peritali. Inoltre le valutazioni sono state confermate anche con il rapporto finale del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, del 7 gennaio 2019 (doc. 239 incarto AI). A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un

assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 2.7. L'insorgente, nel suo ricorso, rileva di non comprendere il motivo per il quale sia stata eseguita una perizia bidisciplinare " senza che fossero prese in considerazione le considerazioni reumatologiche e neurologiche sia le domande peritali della ricorrente che si riconferma nelle conclusioni della Dr.ssa \_\_\_\_\_ . A questo punto le domande (...) non sono state trasmesse al perito che non ha dunque considerato la possibilità che tutto sommato il grado d'incapacità potesse essere superiore. I periti non spiegano a nessun momento perché la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ fosse errata " (doc. I). Ella domanda poi di aggiungere il 15% dell'incapacità lavorativa reumatologica e neurologica al 50% dell'incapacità lavorativa attestata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ , subordinatamente al 20% accertato nella perizia bidisciplinare per motivi unicamente psichiatrici, per raggiungere così il 35%. Le censure della ricorrente, per i motivi che seguono, vanno respinte. Nella perizia bidisciplinare (internistica e psichiatrica) del 20 dicembre 2018 i periti hanno tenuto conto anche dell'aspetto reumatologico e neurologico. Infatti, come emerge dal referto a pag. 45 (pag. 894 incarto AI), " le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del \_\_\_\_\_ e tra il Dr. med. \_\_\_\_\_ , il Dr. med. \_\_\_\_\_ e il Dr. med. \_\_\_\_\_ in data 19.12.2018 alle ore 11:45 in teleconferenza " (cfr. anche pag. 54 e 55 della perizia; pag. 903-905 incarto AI). Tant'è che nelle ripercussioni funzionali dei reperti e delle diagnosi (pag. 48-49 perizia, pag. 897-898 incarto AI), vengono descritte anche le limitazioni funzionali reumatologiche e neurologiche (ad esempio: " l'A. è limitata in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale, lombare e cervicale; l'A. è limitata in attività lavorative particolarmente pesanti, in attività statiche, in cui debba mantenere la posizione ferma in piedi, in particolar modo con una certa estensione della colonna cervicale, come pure la rotazione della colonna cervicale [...] ") ed anche nella valutazione della capacità lavorativa sia nelle attività finora svolte che in attività adatte è stato tenuto conto degli aspetti reumatologici e neurologici (cfr. pag. 50-51 perizia; pag. 899-900 incarto AI; ad esempio: " come esercente l'A. va considerata abile al lavoro nella misura del 70% (30% inabilità lavorativa psichiatrica), come cameriera l'A. va riconosciuta abile al lavoro nella misura del 60% (integrazione delle inabilità lavorative somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica), come cuoca l'A. è abile al lavoro nella misura del 40% (integrazione dell'incapacità lavorativa somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica "). A questo proposito, circa la richiesta di sommare il grado d'incapacità lavorativa del 15% derivante da motivi reumatologici e neurologici al grado d'incapacità lavorativa del 20% accertato con la perizia del 20 dicembre 2018, rispettivamente al 50% stabilito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ , va rammentato che in presenza, come in concreto, di più patologie, è necessario procedere con una valutazione globale. Ora, secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito

di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che “una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo”. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Con sentenza 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze. In concreto, i periti hanno sempre effettuato una valutazione globale dopo ampia discussione (cfr. per la perizia del 29 settembre 2015: pag. 20 e 31 = pag. 420 e 431-433 incarto AI; per la perizia del 13 ottobre 2017: pag. 26 e 36 = pag. 620 e 630-633 incarto AI; per la perizia del 20 dicembre 2018: pag. 45 e 54-55 = pag. 894 e 903-905 incarto AI). Non vi sono pertanto motivi per procedere con la somma delle varie incapacità lavorative. Quanto alla circostanza che l’UAI non avrebbe tenuto conto dei quesiti peritali (formulati il 18 maggio 2018; doc. 214 incarto AI [pag. 812-813]) e del referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (del 1° marzo 2018, doc. 206 incarto AI [pag. 778]), va evidenziato quanto segue. Il 9 marzo 2018 la ricorrente ha trasmesso all’UAI la “ perizia psichiatrica ” del 1° marzo 2018 allestita dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, alla quale l’interessata aveva affidato l’incarico di allestire un referto (doc. 206 incarto AI). Il 29 marzo 2018 il \_\_\_\_\_ ha preso posizione, producendo le osservazioni della consulente dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ed ha proposto una nuova rivalutazione peritale dal lato psichiatrico (doc. 207 incarto AI). Il 12 aprile 2018 l’UAI ha informato la ricorrente che in seguito alla nuova documentazione medica prodotta, il medico SMR ha confermato la necessità di allestire un nuovo referto da affidare nuovamente al \_\_\_\_\_ ed ha allegato le domande che sarebbero state sottoposte, chiedendo alla ricorrente di prendere posizione ed eventualmente di proporre ulteriori quesiti (doc. 208 incarto AI). Il 25 aprile 2018 l’assicurata ha scritto all’UAI ritenendo opportuno affidare la perizia a “ nuove persone, finora non implicate ” ed ha proposto il dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 211 incarto AI). Con scritto del 2 maggio 2018 l’amministrazione ha informato l’interessata che intendeva mantenere la medesima perita psichiatra, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, per meglio valutare l’andamento della patologia psichiatrica (doc. 2121 incarto AI). Il 18 maggio 2018 la ricorrente ha riacquisito la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ed ha sottoposto cinque quesiti al perito. I primi due concernono la ricusa, la terza si riferisce al grado d’incapacità lavorativa nella precedente attività (“ la paziente non è in grado di mantenere per un lungo termine una professione, tale disturbo non sarebbe nella sua globalità invalidante? Se sì in quale percentuale? ”), con la quarta chiede di prendere posizione su alcuni passaggi del referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e con la quinta domanda se alla luce del fatto che l’amministrata non è in grado di mantenere a lungo un’attività professionale, l’IL non dovrebbe essere totale (doc. 214 incarto AI). Con decisione del 25 maggio 2018, rimasta incontestata, l’UAI ha respinto la domanda di ricusa (doc. 218 incarto AI). La perizia, psichiatrica, è stata successivamente affidata al dr. med. \_\_\_\_\_ ed il 20 dicembre 2018 il \_\_\_\_\_ ha redatto la perizia bidisciplinare di decorso (doc. 238 incarto AI). Il TCA rileva che l’insorgente non contesta che la perizia sia

poi stata affidata al dr. med. \_\_\_\_\_ ed evidenza che essa si è resa necessaria proprio in seguito al referto del 1° marzo 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. La (precedente) perita, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il 20 marzo 2018 ha infatti evidenziato di aver “ letto con attenzione ciò che la collega scrive come rapporto psichiatrico, osservando che, rispetto al momento dei miei due incontri del 1.6.17 e 22.6.17, vi è una netta discrepanza (...) ” ed ha concluso affermando che “ visto il grande divario tra ciò che ho osservato e valutato nel mio precedente consulto, non posso esprimere nessun giudizio in merito, oggi, se non ritenere necessaria una nuova valutazione a livello psichiatrico, per derimere i dubbi sulle due valutazioni in netto contrasto ” (pag. 795-796 incarto AI). Nella successiva perizia del SAM del 20 dicembre 2018 è stato preso in considerazione anche il referto del 1° marzo 2018 della dr.ssa med \_\_\_\_\_. Esso è stato citato per esteso da pag. 8 a pag. 11 della perizia del \_\_\_\_\_ e da pag. 10 a pag. 16 del consulto del dr. med. \_\_\_\_\_. Nel referto i periti si esprimono anche sulla capacità lavorativa della ricorrente, rispondendo pure, implicitamente, ai quesiti numero 3 e 5 che aveva posto l’interessata il 17 maggio 2018. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, nel consulto del 13 settembre 2018, che fa seguito alle visite del 16 agosto 2018 e del 30 agosto 2018 della ricorrente, dopo aver riassunto gli atti a disposizione, ritenuti utili per la valutazione del caso, aver descritto l’anamnesi, i disturbi soggettivi, la terapia psichiatrica, le constatazioni obiettive ed aver posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD 10, F 33.0) e di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F45.4), ha effettuato una valutazione medica approfondita (da pag. 24 della perizia) ed ha indicato in maniera convincente i motivi per i quali ha stabilito i differenti gradi di capacità lavorativa nelle precedenti attività svolte dall’interessata ed in attività adatta e confacente allo stato di salute di quest’ultima. Tali valutazioni sono poi state fatte proprie dai periti del \_\_\_\_\_ e sono state discusse collegialmente con il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_ al fine di procedere con una valutazione globale. Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni peritali. Ne segue che le incapacità lavorative contenute nel rapporto finale del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, del 7 gennaio 2019, che ha riassunto quanto accertato nelle tre perizie del \_\_\_\_\_, vanno confermate (cfr. consid. 2.5 in fine). 2.8. L’insorgente, contesta infine il calcolo del grado d’invalidità, proponendo tre calcoli diversi. Nel primo chiede di prendere in considerazione una riduzione sociale del reddito da invalido del 20%, utilizzando altri criteri, come la sua origine (\_\_\_\_\_), in luogo del 15% stabilito dall’UAI, nel secondo e nel terzo esegue il calcolo sommando all’incapacità lavorativa del 15% per motivi reumatologici e neurologici le incapacità lavorative attestate dal dr. med. \_\_\_\_\_ nella perizia bidisciplinare del 20 dicembre 2018 (20%) e dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel referto del 1° marzo 2018 (50%). Gli ultimi due calcoli vanno d’acchito respinti per i motivi esposti al considerando precedente. Per quanto concerne il primo calcolo, va evidenziato quanto segue. 2.8.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all’inizio dell’eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (sentenza 9C\_297/2018 del 9 agosto 2018, consid. 3.2; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev’essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull’ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all’evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere

conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). In concreto, la ricorrente non contesta che nel 2013 avrebbe potuto conseguire un reddito di fr. 56'934, aggiornato a fr. 57'588 nel 2015 ed a fr. 57'977 nel 2016. Nel 2017 tale reddito sarebbe stato di fr. 58'208.90 (+ 0.4 %).

2.8.2. Circa il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Considerato che il reddito annuo conseguito dalla ricorrente quale aiuto cucina (dal 2017: cfr. pag. 20 perizia del 20 dicembre 2018 = pag. 869 incarto AI) presso il ristorante scolastico del \_\_\_\_\_ (fr. 23'814, rispettivamente fr. 29'292.15 a dipendenza dei parametri utilizzati [cfr. doc. 246 incarto AI]) è inferiore a quello che potrebbe percepire in attività semplici e ripetitive, è a giusta ragione che l'UAI, in applicazione dell'obbligo di ridurre il danno, ha fatto capo alle tabelle di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica. Ciò del resto non è contestato dalla ricorrente. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr., a quest'ultimo proposito la sentenza 9C\_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla

tabella TA1 2012 skill level (NOGA08, RSS 2012 pag. 35; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso) emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) 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. 49'344.-- (fr. 4'112.- x 12 mesi). Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2012 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: *La Vie économique*, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna ammonta a fr. 51'441.- (fr. 49'344 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Tale dato, aggiornato al 2013, corrisponde a fr. 51'821.85.--. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014 *tirage\_skill\_level* (NOGA08, RSS 2014; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso), emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C\_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) 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. 51'600.- (Fr. 4'300.- x 12 mesi). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: “*Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique*”), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna ammonta a Fr. 53'793 (Fr. 51'600 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Nel 2015 il reddito da invalido ammonterebbe invece a fr. 54'052.61 (51'600 x 41.7 [ore settimanali di lavoro nel 2015] : 40 aggiornati al 2015 [dividendo per 103.6 e moltiplicando per 104.1; Tabella T1.1.10 *Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2016*]). Circa il 2016, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari di quell'anno edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016 *tirage\_skill\_level* - Rami economici (NOGA08) (denominata *Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; DTF 142 V 178*), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'356.- (fr. 4'363.- x 12 mesi). Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale nel 2017 (terzo anno di confronto dei redditi) e aggiornandolo secondo l'indice dei salari nominali, il dato statistico corrisponde a fr. 54'789.05 per un impiego a tempo pieno (52'356 : 40 X 41.7 : 105 X 105.4). Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di

regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto l'UAI ha applicato una riduzione del 15% per attività leggere e altri fattori di riduzione. La ricorrente chiede una riduzione del 20%, per altri criteri come la sua origine (\_\_\_\_\_). Questo Tribunale, che, di massima, non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata. Quest'ultima, in attività adatte e confacenti al suo stato di salute, è capace al lavoro all'80% o all'85% a dipendenza dei periodi (cfr. consid. 2.5. in fine). La riduzione va intesa in maniera combinata sia come riduzione del rendimento che come presenza (cfr. pag. 956 incarto AI). Un'ulteriore riduzione per questo aspetto non è possibile. Infatti, a proposito della riduzione del rendimento, con sentenza 9C\_149/2015 del 22 marzo 2016 il TF al consid. 4.1 ha ribadito che: " Nel caso concreto l'autorità giudiziaria precedente, sulla base dei dati peritali, ha ritenuto la capacità lavorativa di A. dell'80% (che si traduce nella presenza durante tutto il giorno con rendimento ridotto) in un'attività rispettosa dei limiti funzionali. Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale in caso di presenza lavorativa durante tutto il giorno ma con limitazioni, in concreto del 20%, non vi è più spazio per alcuna riduzione riconducibile all'impossibilità di svolgere un'attività a tempo pieno (cfr. fra tante: sentenze 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 5; 9C\_980/2008 del 4 marzo 2009 consid. 3.1.2 e 9C\_344/2008 del 5 giugno 2008 consid. 4). Detto altrimenti, il fatto che l'opponente non possa svolgere un'attività adeguata al 100% ma unicamente nella misura dell'80% è già stato considerato dall'amministrazione allorquando ha ridotto il reddito da invalido del 20% per il minor rendimento e non vi è più spazio per ulteriori riduzioni di sorta." Neppure un'ulteriore riduzione dovuta agli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute può trovare accoglimento. Nella valutazione se ne è già tenuto conto (cfr. pag. 957 incarto AI). Quanto al fattore età, non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 4.3; sentenza 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 6.2). Infine, alcuna riduzione supplementare può essere concessa in ragione della nazionalità, trattandosi di una cittadina svizzera. Quanto alla sua origine \_\_\_\_\_, va rilevato che l'assicurata si trova in Svizzera già dal settembre 1985 (pag. 31 incarto AI), dove ha conseguito il diploma di esercente tipo 1 e dove ha svolto numerose attività lucrative sin da subito (cfr. pag. 44 e seguenti incarto AI). Alla luce di tutto quanto sopra esposto non vi è alcun motivo, nel preciso caso di specie, per scostarsi dalla riduzione del 15% effettuata dall'UAI. Per il periodo dal 2013 al mese di agosto 2015, raffrontando il reddito da valida di fr. 56'934 con quello da invalida di fr. 51'821.85, ridotto del 15% (incapacità lavorativa) a fr. 44'048.57 e di ulteriori 15% (riduzione sociale) a fr. 37'441.28, si ottiene un grado d'invalidità del 34% che non dà diritto ad alcuna rendita. Per il periodo da settembre 2015 al 13 aprile 2017 raffrontando il reddito da valida di fr. 57'588 con quello da invalida di fr. 54'052.61, ridotto del 20% (incapacità lavorativa) a fr. 43'242.08 e

di ulteriori 15% (riduzione sociale) a fr. 36'755.77, si ottiene un grado d'invalidità del 36% che non dà diritto ad alcuna rendita. Per il periodo dal 16 maggio 2017 raffrontando il reddito da valida di fr. 58'208.90 con quello da invalida di fr. 54'789.05, ridotto del 20% (incapacità lavorativa) a fr. 43'831.20 e di ulteriori 15% (riduzione sociale) a fr. 37'256.50, si ottiene un grado d'invalidità del 36% che non dà diritto ad alcuna rendita. In queste condizioni il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico della ricorrente.

### E. 30

gennaio 2017 i periti del \_\_\_\_\_ hanno preso posizione in merito alla nuova documentazione medica, confermando il contenuto del loro referto e proponendo una valutazione di decorso (doc. 169, pag. 569 incarto AI), redatta il 13 ottobre 2017 (doc. 186 incarto AI). I consulti sono stati allestiti dal dr. med. \_\_\_\_\_ (neurologia), dal dr. med. \_\_\_\_\_ (reumatologia) e dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (psichiatria).

Dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4), sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale a sinistra su/con alterazioni degenerative plurisegmentali della colonna cervicale da C2 fino a C7, con presenza di sinostosi a livello C6-C7, radicolopatia C7 sinistra, con deficit sensitivo su possibile irritazione della radice, senza deficit di forza, stato dopo intervento chirurgico per ernia discale, per via anteriore, a livello C6-C7 in data 5 gennaio 2005, sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche con scoliosi sinistro-convessa, nonché alterazioni degenerative con discopatie plurisegmentali e possibile disturbo di assimilazione lombosacrale simmetrico, nonché numerose diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa.

I periti hanno stabilito che l'insorgente, nelle precedenti attività svolte, è abile al lavoro all'80% quale esercente, al 60% quale cameriera ed al 40% quale cuoca. In attività adatta ella è abile all'80% (pag. 625 incarto AI).

In seguito alle contestazioni sollevate dalla ricorrente, i periti del \_\_\_\_\_ si sono nuovamente espressi in data 29 marzo 2018, ritenendo necessaria una nuova valutazione dal lato psichiatrico (doc. 207 incarto AI, pag. 793).

Il 20 dicembre 2018 i periti del \_\_\_\_\_ hanno allestito una perizia bidisciplinare (visita internistica ad opera della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e visita psichiatrica ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_) di decorso (doc. 238 incarto AI). La valutazione globale interdisciplinare è stata effettuata sulla base di una discussione plenaria tra i periti del \_\_\_\_\_, il dr. med. \_\_\_\_\_ (psichiatra FMH) ed anche il dr. med. \_\_\_\_\_ (reumatologia) ed il dr. med. \_\_\_\_\_ (neurologia).

Dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti

hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD-10 F33.0), disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline (ICD-10 F60.31), sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), sindrome cervicovertebrale con componente cervicobrachiale a sinistra su/con alterazioni degenerative plurisegmentali della colonna cervicale da C2 fino a C7, con presenza di sinostosi a livello C6/C7, radicolopatia C7 sinistra con deficit sensitivo su possibile irritazione della radice, senza deficit di forza, stato dopo intervento chirurgico per ernia discale, per via anteriore, a livello C6-C7 in data 5.1.2005, sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche con scoliosi sinistro-convessa, nonché alterazioni degenerative con discopatie plurisegmentali e possibile disturbo di assimilazione lombosacrale asimmetrico, nonché numerose diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (pag. 896-897 incarto AI).

Circa la capacità lavorativa, i periti hanno stabilito che come esercente l'assicurata va ritenuta abile al lavoro nella misura del 70% (30% inabilità lavorativa psichica), come cameriera del 60% (integrazione delle inabilità lavorative somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica), come cuoca l'assicurata è abile al lavoro nella misura del 40% (integrazione dell'incapacità lavorativa somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica). In attività leggera e adatta che rispetti i criteri posti dai consulenti reumatologo e neurologo nella perizia \_\_\_\_\_ dell'ottobre 2017, l'insorgente è abile al lavoro all'80%.

Il 7 gennaio 2019 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale, ha confermato le conclusioni delle perizie del \_\_\_\_\_ e, rilevato che attualmente, l'attività esercitata dall'assicurata è quella di ausiliaria della mensa del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (recte: \_\_\_\_\_ [cfr. pag. 966 incarto AI]. Tuttavia questa attività è ritenuta adeguata, ha stabilito le seguenti percentuali di capacità lavorativa nelle precedenti attività (pag. 955 incarto AI):

In attività adeguate il medico SMR ha esposto le seguenti percentuali di capacità lavorativa sulla base delle perizie del \_\_\_\_\_ (pag. 955 incarto AI):

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare l'operato dell'UAI e non vede ragioni per scostarsi dalle perizie del \_\_\_\_\_ del 29 settembre 2015 (doc. 138 incarto AI), del 13 ottobre 2017 (doc. 186 incarto AI) e del 20 dicembre 2018 (doc. 238 incarto AI).

I referti sono da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del \_\_\_\_\_.

Ai referti va attribuita piena forza probante.

Gli specialisti del \_\_\_\_\_ 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.

La ricorrente, del resto, non apporta, in sede di ricorso, ulteriore documentazione medica atta a sovvertire le motivate e convincenti conclusioni peritali.

Inoltre le valutazioni sono state confermate anche con il rapporto finale del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, del 7 gennaio 2019 (doc. 239 incarto AI).

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

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

2.7. L'insorgente, nel suo ricorso, rileva di non comprendere il motivo per il quale sia stata eseguita una perizia bidisciplinare senza che fossero prese in considerazione le considerazioni reumatologiche e neurologiche sia le domande peritali della ricorrente che si riconferma nelle conclusioni della Dr.ssa \_\_\_\_\_. A questo punto le domande ( ) non sono state trasmesse al perito che non ha dunque considerato la possibilità che tutto sommato il grado d'incapacità potesse essere superiore. I periti non spiegano a nessun momento perché la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ fosse errata (doc. I). Ella domanda poi di aggiungere il 15% dell'incapacità lavorativa reumatologica e neurologica al 50% dell'incapacità lavorativa attestata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, subordinatamente al 20% accertato nella perizia bidisciplinare per motivi unicamente psichiatrici, per raggiungere così il 35%.

Le censure della ricorrente, per i motivi che seguono, vanno respinte.

Nella perizia bidisciplinare (internistica e psichiatrica) del 20 dicembre 2018 i periti hanno tenuto conto anche dell'aspetto reumatologico e neurologico. Infatti, come emerge dal referto a pag. 45 (pag. 894 incarto AI), le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del \_\_\_\_\_ e tra il Dr. med. \_\_\_\_\_, il Dr. med. \_\_\_\_\_ e il Dr. med. \_\_\_\_\_ in data 19.12.2018 alle ore 11:45 in teleconferenza (cfr. anche pag. 54 e 55 della perizia; pag. 903-905 incarto AI). Tanto che nelle ripercussioni funzionali dei reperti e delle diagnosi (pag. 48-49 perizia, pag. 897-898 incarto AI), vengono descritte anche le limitazioni funzionali reumatologiche e neurologiche (ad esempio: l'A. è limitata in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale, lombare e cervicale; l'A. è limitata in attività lavorative particolarmente pesanti, in attività statiche, in cui debba mantenere la posizione ferma in piedi, in particolar modo con una certa estensione della colonna cervicale, come pure la rotazione della colonna cervicale [ ] ed anche nella valutazione della capacità lavorativa sia nelle attività finora svolte che in attività adatte è stato tenuto conto degli aspetti reumatologici e

neurologici (cfr. pag. 50-51 perizia; pag. 899-900 incarto AI; ad esempio: ■come esercente l■A. va considerata abile al lavoro nella misura del 70% (30% inabilità lavorativa psichiatrica), come cameriera l■A. va riconosciuta abile al lavoro nella misura del 60% (integrazione delle inabilità lavorative somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica), come cuoca l■A. è abile al lavoro nella misura del 40% (integrazione dell■incapacità lavorativa somatica neurologica+reumatologica e psichiatrica■).

A questo proposito, circa la richiesta di sommare il grado d■incapacità lavorativa del 15% derivante da motivi reumatologici e neurologici al grado d■incapacità lavorativa del 20% accertato con la perizia del 20 dicembre 2018, rispettivamente al 50% stabilito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, va rammentato che in presenza, come in concreto, di più patologie, è necessario procedere con una valutazione globale. Ora, secondo l■Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15).

La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485).

In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell■incapacità lavorativa va di regola eseguito nell■ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto.

In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che ■una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo■.

Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, ■Le perizie nelle assicurazioni sociali■, in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249).

Con sentenza 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze.

In concreto, i periti hanno sempre effettuato una valutazione globale dopo ampia discussione (cfr. per la perizia del 29 settembre 2015: pag. 20 e 31 = pag. 420 e 431-433 incarto AI; per la perizia del 13 ottobre 2017: pag. 26 e 36 = pag. 620 e 630-633 incarto AI; per la perizia del 20 dicembre 2018: pag. 45 e 54-55 = pag. 894 e 903-905 incarto AI).

Non vi sono pertanto motivi per procedere con la somma delle varie incapacità lavorative.

Quanto alla circostanza che l■UAI non avrebbe tenuto conto dei quesiti peritali (formulati il 18 maggio 2018; doc. 214 incarto AI [pag. 812-813]) e del referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (del 1° marzo 2018, doc. 206 incarto AI [pag. 778]), va evidenziato quanto

segue.

Il 9 marzo 2018 la ricorrente ha trasmesso all'UAI la perizia psichiatrica del 1° marzo 2018 allestita dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, alla quale interessata aveva affidato l'incarico di allestire un referto (doc. 206 incarto AI).

Il 29 marzo 2018 il \_\_\_\_\_ ha preso posizione, producendo le osservazioni della consulente dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ed ha proposto una nuova rivalutazione peritale dal lato psichiatrico (doc. 207 incarto AI).

Il 12 aprile 2018 l'UAI ha informato la ricorrente che in seguito alla nuova documentazione medica prodotta, il medico SMR ha confermato la necessità di allestire un nuovo referto da affidare nuovamente al \_\_\_\_\_ ed ha allegato le domande che sarebbero state sottoposte, chiedendo alla ricorrente di prendere posizione ed eventualmente di proporre ulteriori quesiti (doc. 208 incarto AI).

Il 25 aprile 2018 l'assicurata ha scritto all'UAI ritenendo opportuno affidare la perizia a nuove persone, finora non implicate ed ha proposto il dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 211 incarto AI).

Con scritto del 2 maggio 2018 l'amministrazione ha informato interessata che intendeva mantenere la medesima perita psichiatra, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, per meglio valutare l'andamento della patologia psichiatrica (doc. 2121 incarto AI).

Il 18 maggio 2018 la ricorrente ha ricusato la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ed ha sottoposto cinque quesiti al perito. I primi due concernono la ricusa, la terza si riferisce al grado d'incapacità lavorativa nella precedente attività (la paziente non è in grado di mantenere per un lungo termine una professione, tale disturbo non sarebbe nella sua globalità invalidante? Se sì in quale percentuale?), con la quarta chiede di prendere posizione su alcuni passaggi del referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e con la quinta domanda se alla luce del fatto che l'amministrata non è in grado di mantenere a lungo un'attività professionale, l'IL non dovrebbe essere totale (doc. 214 incarto AI).

Con decisione del 25 maggio 2018, rimasta incontestata, l'UAI ha respinto la domanda di ricusa (doc. 218 incarto AI).

La perizia, psichiatrica, è stata successivamente affidata al dr. med. \_\_\_\_\_ ed il 20 dicembre 2018 il \_\_\_\_\_ ha redatto la perizia bidisciplinare di decorso (doc. 238 incarto AI).

Il TCA rileva che l'insorgente non contesta che la perizia sia poi stata affidata al dr. med. \_\_\_\_\_ ed evidenzia che essa si è resa necessaria proprio in seguito al referto del 1° marzo 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

La (precedente) perita, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il 20 marzo 2018 ha infatti evidenziato di aver letto con attenzione ciò che la collega scrive come rapporto psichiatrico, osservando che, rispetto al momento dei miei due incontri del 1.6.17 e 22.6.17, vi è una netta discrepanza ( ) ed ha concluso affermando che visto il grande divario tra ciò che ho osservato e valutato nel mio precedente consulto, non posso esprimere nessun giudizio in merito, oggi, se non ritenere necessaria una nuova valutazione a livello psichiatrico, per derimere i dubbi sulle due valutazioni in netto contrasto (pag. 795-796 incarto AI).

Nella successiva perizia del SAM del 20 dicembre 2018 è stato preso in considerazione anche il referto del 1° marzo 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Esso è stato citato per

esteso da pag. 8 a pag. 11 della perizia del \_\_\_\_\_ e da pag. 10 a pag. 16 del consulto del dr. med. \_\_\_\_\_. Nel referto i periti si esprimono anche sulla capacità lavorativa della ricorrente, rispondendo pure, implicitamente, ai quesiti numero 3 e 5 che aveva posto l'interessata il 17 maggio 2018.

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, nel consulto del 13 settembre 2018, che fa seguito alle visite del 16 agosto 2018 e del 30 agosto 2018 della ricorrente, dopo aver riassunto gli atti a disposizione, ritenuti utili per la valutazione del caso, aver descritto l'anamnesi, i disturbi soggettivi, la terapia psichiatrica, le constatazioni obiettive ed aver posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD 10, F 33.0) e di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F45.4), ha effettuato una valutazione medica approfondita (da pag. 24 della perizia) ed ha indicato in maniera convincente i motivi per i quali ha stabilito i differenti gradi di capacità lavorativa nelle precedenti attività svolte dall'interessata ed in attività adatta e confacente allo stato di salute di quest'ultima.

Tali valutazioni sono poi state fatte proprie dai periti del \_\_\_\_\_ e sono state discusse collegialmente con il dr. med. \_\_\_\_\_ ed il dr. med. \_\_\_\_\_ al fine di procedere con una valutazione globale.

Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni peritali.

Ne segue che le incapacità lavorative contenute nel rapporto finale del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, del 7 gennaio 2019, che ha riassunto quanto accertato nelle tre perizie del \_\_\_\_\_, vanno confermate (cfr. consid. 2.5 in fine).

2.8. L'insorgente, contesta infine il calcolo del grado d'invalidità, proponendo tre calcoli diversi. Nel primo chiede di prendere in considerazione una riduzione sociale del reddito da invalido del 20%, utilizzando altri criteri, come la sua origine (\_\_\_\_\_), in luogo del 15% stabilito dall'UAI, nel secondo e nel terzo esegue il calcolo sommando all'incapacità lavorativa del 15% per motivi reumatologici e neurologici le incapacità lavorative attestate dal dr. med. \_\_\_\_\_ nella perizia bidisciplinare del 20 dicembre 2018 (20%) e dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel referto del 1° marzo 2018 (50%).

Gli ultimi due calcoli vanno d'accanto respinti per i motivi esposti al considerando precedente.

Per quanto concerne il primo calcolo, va evidenziato quanto segue.

Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

In concreto, la ricorrente non contesta che nel 2013 avrebbe potuto conseguire un reddito di fr. 56'934, aggiornato a fr. 57'588 nel 2015 ed a fr. 57'977 nel 2016.

Nel 2017 tale reddito sarebbe stato di fr. 58'208.90 (+ 0.4 %).

2.8.2. Circa il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti).

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

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

Considerato che il reddito annuo conseguito dalla ricorrente quale aiuto cucina (dal 2017: cfr. pag. 20 perizia del 20 dicembre 2018 = pag. 869 incarto AI) presso il ristorante scolastico del \_\_\_\_\_ (fr. 23'814, rispettivamente fr. 29'292.15 a dipendenza dei parametri utilizzati [cfr. doc. 246 incarto AI]) è inferiore a quello che potrebbe percepire in attività semplici e ripetitive, è a giusta ragione che l'UAI, in applicazione dell'obbligo di ridurre il danno, ha fatto capo alle tabelle di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica. Ciò del resto non è contestato dalla ricorrente.

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana.

Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella: **Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique**), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna ammonta a Fr. 53'793 (Fr. 51'600: 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a).

Nel 2015 il reddito da invalido ammonterebbe invece a fr. 54'052.61 (51'600 x 41.7 [ore settimanali di lavoro nel 2015] : 40 aggiornati al 2015 [dividendo per 103.6 e moltiplicando per 104.1; Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2016]).

Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale nel 2017 (terzo anno di confronto dei redditi) e aggiornandolo secondo l'indice dei salari nominali, il dato statistico corrisponde a fr. 54'789.05 per un impiego a tempo pieno (52'356 : 40 X 41.7 : 105 X 105.4).

Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione

percentuale sul salario teorico statistico.

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

In concreto l'UAI ha applicato una riduzione del 15% per attività leggere e altri fattori di riduzione.

La ricorrente chiede una riduzione del 20%, per altri criteri come la sua origine (\_\_\_\_\_).

Questo Tribunale, che, di massima, non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata.

Quest'ultima, in attività adatte e confacenti al suo stato di salute, è capace al lavoro all'80% o all'85% a dipendenza dei periodi (cfr. consid. 2.5. in fine). La riduzione va intesa in maniera combinata sia come riduzione del rendimento che come presenza (cfr. pag. 956 incarto AI). Un'ulteriore riduzione per questo aspetto non è possibile.

Infatti, a proposito della riduzione del rendimento, con sentenza 9C\_149/2015 del 22 marzo 2016 il TF al consid. 4.1 ha ribadito che:

"Nel caso concreto l'autorità giudiziaria precedente, sulla base dei dati peritali, ha ritenuto la capacità lavorativa di A. dell'80% (che si traduce nella presenza durante tutto il giorno con rendimento ridotto) in un'attività rispettosa dei limiti funzionali. Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale in caso di presenza lavorativa durante tutto il giorno ma con limitazioni, in concreto del 20%, non vi è più spazio per alcuna riduzione riconducibile all'impossibilità di svolgere un'attività a tempo pieno (cfr. fra tante: sentenze 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 5; 9C\_980/2008 del 4 marzo 2009 consid. 3.1.2 e 9C\_344/2008 del 5 giugno 2008 consid. 4). Detto altrimenti, il fatto che l'opponente non possa svolgere un'attività adeguata al 100% ma unicamente nella misura dell'80% è già stato considerato dall'amministrazione allorché ha ridotto il reddito da invalido del 20% per il minor rendimento e non vi è più spazio per ulteriori riduzioni di sorta.■

Neppure un'ulteriore riduzione dovuta agli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute può trovare accoglimento. Nella valutazione se ne è già tenuto conto (cfr. pag. 957 incarto AI).

Quanto al fattore età, non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 4.3; sentenza 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 6.2).

Infine, alcuna riduzione supplementare può essere concessa in ragione della nazionalità, trattandosi di una cittadina svizzera. Quanto alla sua origine \_\_\_\_\_, va rilevato che l'assicurata si trova in Svizzera già dal settembre 1985 (pag. 31 incarto AI), dove ha conseguito il diploma di esercente tipo 1 e dove ha svolto numerose attività lucrative sin da

subito (cfr. pag. 44 e seguenti incarto AI).

Alla luce di tutto quanto sopra esposto non vi è alcun motivo, nel preciso caso di specie, per scostarsi dalla riduzione del 15% effettuata dall'UAI.

Per il periodo dal 2013 al mese di agosto 2015, raffrontando il reddito da valida di fr. 56'934 con quello da invalida di fr. 51'821.85, ridotto del 15% (incapacità lavorativa) a fr. 44'048.57 e di ulteriori 15% (riduzione sociale) a fr. 37'441.28, si ottiene un grado d'invalidità del 34% che non dà diritto ad alcuna rendita.

Per il periodo da settembre 2015 al 13 aprile 2017 raffrontando il reddito da valida di fr. 57'588 con quello da invalida di fr. 54'052.61, ridotto del 20% (incapacità lavorativa) a fr. 43'242.08 e di ulteriori 15% (riduzione sociale) a fr. 36'755.77, si ottiene un grado d'invalidità del 36% che non dà diritto ad alcuna rendita.

Per il periodo dal 16 maggio 2017 raffrontando il reddito da valida di fr. 58'208.90 con quello da invalida di fr. 54'789.05, ridotto del 20% (incapacità lavorativa) a fr. 43'831.20 e di ulteriori 15% (riduzione sociale) a fr. 37'256.50, si ottiene un grado d'invalidità del 36% che non dà diritto ad alcuna rendita.

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

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

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