

TI_GERICHTE 32.2019.94 vom 29. März 2019

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.94

FR: TI_GERICHTE 32.2019.94 du 29 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.94 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-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). 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 (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; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella *Pratique VSI 2001* pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (*Pratique VSI 2001* pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio

l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che 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, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.5. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in R DAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo , “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 premorboso, 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. L'esperto deve poi esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 del 27 settembre 2001). Inoltre, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA 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 consid. 3b; Locher/Gächter , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) 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). (...)" . 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). L'Alta Corte ha ribadito nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 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). (...)". Con DTF 130 V 352 la nostra Massima Istanza ha precisato i criteri per potere 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, op. cit., pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, il Tribunale federale, 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 pronunciata: "(...)"

E. 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 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate

HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" . Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). 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. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale 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) .

2.6. Nel caso di specie, dal 2007 al 2009 l'assicurata è stata al beneficio di una rendita intera di invalidità e nel 2017 ha comunicato all'Ufficio AI che il suo stato di salute era peggiorato (doc. 63) e, raccolta la documentazione medica necessaria, il 7 marzo 2018 (doc. 94) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto opportuno sottoporla a una perizia pluridisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. La perizia è stata allestita il 13 novembre 2018 (doc. 106), dopo che il Servizio Accertamento Medico ha visitato l'interessata il 2 maggio 2018 per una valutazione internistica peritale. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 2006 al marzo 2018, il SAM ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, la descrizione della giornata e la terapia in corso. Nelle constatazioni obiettive il perito ha descritto lo status, gli esiti degli esami di laboratorio, degli esami radiologici e ORL effettuati nel maggio 2018 dal Servizio Accertamento Medico. Sono poi stati riassunti i consulti specialistici, esposti di seguito. L'assicurata è stata esaminata l'8 maggio 2018 dal dottor _____, neuropsicologo, che ha concluso che l'esame ha messo in evidenza delle prestazioni globalmente inferiori alla norma e anche molto deficitarie soprattutto per ciò che concerneva la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive ed il linguaggio espressivo. L'attendibilità di questi risultati era però dubbia, essendo emersi elementi che facevano sospettare la presenza di un atteggiamento volto all'esagerazione dei sintomi. A suo dire, era probabile che tale attitudine fosse almeno in

parte in relazione con la componente psichiatrica. Il giorno seguente, la dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha visitato l'assicurata per 65 minuti e poi l'ha rivisita 15 giorni dopo per 45 minuti, al termine dei quali ha diagnosticato un disturbo da dolore con fattori somatici e psichici (ICD-10; F45.41) avente influsso sulla capacità lavorativa, mentre una distimia (ICD-10; F34.1) quale diagnosi senza influsso. La perita ha riassunto i referti medici dal 2006 al 2018 attinenti al quadro psichiatrico, ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, psicofarmacologica, i disturbi soggettivi attuali sulla scorta dell'esame clinico secondo AMDP 8-System e la descrizione della giornata. Nelle constatazioni obiettive ha formulato delle osservazioni sul comportamento e sull'aspetto esteriore dell'interessata, sulla comprensione linguistica (è stato necessario l'aiuto di un interprete in lingua _____ soprattutto quando l'assicurata era in difficoltà a rispondere alle sue domande, specie quelle in cui l'interessata è andata in contraddizione rispetto alle risposte date in precedenza e, a dire della psichiatra, si trattava di quelle domande in cui la peritata prendeva tempo per valutare qual era la risposta più appropriata in relazione a dare un quadro delle sue condizioni peggiorativo), sui reperti dell'esame psichiatrico comprensivo degli esami di laboratorio, sugli esami neuro-psicologici effettuati dal dottor _____ e sulle conseguenze sulla capacità di lavoro sulla scorta dello Schema MINI ICF-APP. Sull'esito dell'esame clinico, la psichiatra ha rilevato di non avere riscontrato disturbi dello stato di coscienza né dell'orientamento, mentre sui disturbi dell'attenzione e della memoria ha rinviato all'esame neuropsicologico del collega, che ha esternato dubbi. Riguardo alla capacità di ricordare, la specialista ha rilevato che l'assicurata era caduta in contraddizione su alcune affermazioni. Erano invece presenti delle ruminazioni mentali non ossessive riguardo alla sua condizione somatica, alla presenza di dolori continui e alle somatizzazioni. Non erano invece presenti timori, fobie, sintomi compulsivi ed ossessivi, ideazioni di tipo delirante, disturbi della percezione, disturbi della coscienza dell'Io, disturbi post traumatici da stress. L'esperta ha osservato l'impoverimento affettivo e quasi un'anestesia affettiva, rabbia con irritazione e anche tristezza, seppure su quest'ultimo stato avesse dei dubbi. Era presente l'irritabilità, l'inquietudine interiore accompagnata da ansia psichica soggettiva e disforia con cattivo umore, scostante, molto critica e mal disposta fino ad arrivare all'irritabilità. Sulla scorta di ciò la perita ha avuto dei dubbi sulla presenza o meno di un umore depresso o per lo meno era di grado lieve, non però di grado elevato. V'erano poi anche disturbi della carica vitale e della motricità, che a dire della psichiatra era determinata dalla condizione di dolore cronico più che dalle condizioni psichiche, anche se v'era una sicura somatizzazione e comunque non v'era un disturbo dell'intenzionalità, ma poteva esserci una situazione in cui vorrei ma non posso, anche se a parere dell'esperta anche questa situazione era stata descritta in maniera piuttosto contraddittoria e quindi era legata a una certa accentuazione, pur essendoci il sintomo che era tra lieve e moderato, ma non così accentuato come descritto dall'assicurata. Infine, sul livello di affidabilità della valutazione stessa, la specialista ha concluso che alcune affermazioni erano dubbie. Dallo Schema MINI ICF-APP è emerso che non v'era nessun grado di disabilità nel rispetto delle regole, nella flessibilità, nella assertività, nella cura di sé, un grado lieve nella mobilità, un grado tra lieve e moderato nelle attività spontanee, un grado di disabilità moderata nell'organizzazione dei compiti, nelle competenze, nella persistenza, nel contatto con gli altri, nelle relazioni intime e infine un grado di disabilità tra moderato e grave nel giudizio e nell'integrazione nel gruppo. La psichiatra ha concluso che v'erano in atto delle disabilità psichiche legate prevalentemente alla condizione somatica, ma a suo parere di un grado non elevato, che

potevano però avere una ricaduta sulla capacità lavorativa psichiatrica, solo in parte. Anche in questo esame si sono presentate accentuazioni dei sintomi date dalle contraddizioni in cui è incorsa l'assicurata, come pure un atteggiamento rivendicativo e vantaggio secondario della malattia. L'esperta ha avuto un colloquio telefonico con la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha visitato l'assicurata in due occasioni nell'ottobre 2017, il cui parere è sfociato nella valutazione del 19 novembre 2017 (doc. 77) in cui è stato diagnosticato un disturbo persistente dell'umore in diagnosi differenziale, con una pseudodemenza depressiva. A questo proposito, nel suo referto peritale la dr.ssa med. _____ ha osservato di avere fatto presente alla collega che il test neuropsicologico ha escluso la presenza di decadimento cognitivo e ha confermato il suo sospetto di accentuazione dei sintomi. Il sospetto di QI basso sollevato dalla psichiatra curante è stato contraddetto dalla perita del SAM, visto che dal lato anamnestico non era possibile. Inoltre, anche gli esiti degli esami ematici hanno confermato il suo dubbio di una non corretta compliance dell'assicurata della terapia psicofarmacologica, che invece la dottoressa curante non aveva riscontrato. In merito alle sue diagnosi con influsso (disturbo da dolore con fattori somatici e psichici) e senza influsso sulla capacità lavorativa (distimia), la perita ha osservato che esse non si discostavano da quelle formulate dai colleghi (dr.ssa _____: disturbo persistente dell'umore (affettivo) di altro tipo (ICD-10; F34.8): depressione cronica con sospetta pseudodemenza depressiva) e dr. _____: sindrome affettiva persistente (ICD-10; F34.1) e modificazione duratura della personalità (ICD-10; F62.8)), ma eliminavano l'ipotesi della pseudodemenza depressiva, non confermata dal test neuropsicologico, ed erano supportate da altri criteri diagnostici quali una deflessione cronica del tono dell'umore che durava da alcuni anni, una povertà affettiva, scarsa energia, condizione d'ansia caratterizzata da rabbia e relativa irritabilità, dominata dalla disforia con cattivo umore, scostante, molto critica e mal disposta, che però a suo parere non erano abbastanza gravi da giustificare una diagnosi di disturbo depressivo ricorrente, ascrivendo invece questi sintomi a tratti della sua personalità più che a una psicopatologia conclamata. In aggiunta a ciò, la psichiatra ha rilevato la presenza di criteri diagnostici quali pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi, con un livello costantemente elevato di ansia per la sua salute e per i sintomi, che nonostante l'accentuazione della gravità era presente la somatizzazione, che influiva sulle sue capacità lavorative, sociali e relazionali. Sulla valutazione della coerenza e della plausibilità dell'esame, la dr.ssa _____ ha evidenziato che v'era una netta discrepanza tra ciò che l'assicurata raccontava delle sue condizioni, per il suo atteggiamento, il suo linguaggio non verbale, e il verbale in cui a volte si contraddiceva; in ciò essa non vedeva una simulazione, ma sicuramente una forte accentuazione dei sintomi. Per la valutazione delle capacità, la psichiatra ha rilevato che v'era un quadro psicopatologico determinato sia dalla presenza di una distimia con caratteristiche d'ansia, più che depressive, che a suo avviso non avevano un'influenza sulla capacità lavorativa psichiatrica, sia un quadro sintomatico legato alla condizione di disturbo da dolore con fattori somatici e psichici al netto della tendenza all'accentuazione che aveva una ricaduta sulla capacità lavorativa psichiatrica. Esprimendosi sulla capacità lavorativa, la specialista ha indicato che l'assicurata era in grado di garantire una presenza fino a un massimo di 6 ore nell'attività precedentemente esercitata come ausiliaria di pulizie, con una riduzione del rendimento di al massimo il 30% dovuta all'esauribilità delle energie che influenzavano negativamente la performance e richiedevano più pause per la presenza del disturbo da dolore con fattori somatici e psichici. Stante l'incapacità lavorativa del 60% certificata dal dr. med. _____ nel 2015 con

l'inizio della presa a carico specialistica dell'assicurata, poi passata da gennaio 2018 alla dr.ssa med. _____, il miglioramento della capacità lavorativa al 70% è stato dunque stabilito dal febbraio 2018. In un'attività adeguata, ossia esercitata da sola o in un ambiente con pochi colleghi di lavoro, senza eccessive responsabilità e in un'attività di routine con possibilità di fare pause, la capacità lavorativa dell'assicurata era di 8 ore al giorno, con una limitazione del rendimento di al massimo il 30%, perciò la capacità lavorativa psichiatrica era del 70%, anch'essa dal mese di febbraio 2018. Il 15 maggio 2018 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, ha visitato l'assicurata durante un'ora e mezza e l'indomani, nel suo referto, non ha posto alcuna diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, ma solo senza ripercussione, accertando algia al ginocchio e al piede destro, gonalgia a destra in stato dopo artroscopia del ginocchio destro nel 2010 e cervicalgie su iniziali alterazioni degenerative di tipo uncartrosico. Il reumatologo ha osservato una discrepanza tra i reperti clinici, radiologici e i disturbi invalidanti dell'assicurata, che erano difficilmente spiegabili. In particolar modo il suo ritiro sociale e un'attività prevalentemente sedentaria svolta a casa con gran parte del tempo passato o a letto o sdraiata. Non v'erano quindi impedimenti alla ripresa completa, sin dal 2009, dell'attività di ausiliaria di pulizia. Questa professione è stata ritenuta adeguata, ma con delle limitazioni funzionali in parte sovrapponibili a quelle stabilite dall'assicuratore infortuni nel 2009 per l'attività precedente (difficoltà nel salire e scendere le scale frequentemente, impossibilità di salire su scale a pioli, difficoltà a portare pesi superiori a 10kg, difficoltà a mantenere la posizione accovacciata e inginocchiata). Anche in un'altra attività, soprattutto di tipo sedentario in cui l'assicurata poteva stare seduta, la capacità lavorativa era totale. Pure il dr. med. _____, specialista FMH neurologia, non ha posto delle diagnosi aventi influsso sulla capacità lavorativa, ma solo senza influsso. Egli ha diagnosticato delle cefalee croniche, dei dolori al piede destro non spiegati da patologia neurologica e dei deficit cognitivi globali non imputabili a patologia neurologica organica cerebrale, ma piuttosto dovuti a una tendenza ad accentuare i sintomi. La capacità lavorativa era dunque totale. Infine, nella sua valutazione del 25 maggio 2018, il dr. med. _____, specialista FMH ORL, ha posto la diagnosi di otosclerosi a sinistra con stato dopo stapedotomia e risultato uditivo insufficiente e di persistenza di ipoacusia di tipo combinato e di grado importante a sinistra, patologie che non costituivano un fattore limitante l'attività lavorativa esercitata precedentemente né altre adeguate. L'abilità lavorativa dell'assicurata era del 100% in qualsiasi attività. Il Servizio Accertamento Medico, preso atto dei rapporti peritali suesposti, ha posto quale diagnosi avente influsso sulla capacità lavorativa della ricorrente soltanto quella di tipo psichiatrica, ovvero di disturbo da dolore con fattori somatici e psichici (ICD-10; F45.41). Le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa espresse dagli altri specialisti intervenuti completano il quadro diagnostico dell'assicurata. Le conclusioni peritali si sono fondate su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM, i quali hanno ravvisato una limitazione della capacità lavorativa unicamente dovuta alla patologia in ambito psichiatrico. 2.7. La scrivente Corte osserva in primo luogo che tutti gli specialisti intervenuti hanno evidenziato delle contraddizioni tra le affermazioni dell'interessata e i reperti medici. Il reumatologo ha rilevato una discrepanza tra i reperti clinici e radiologici e i disturbi invalidanti segnalati dalla ricorrente. Stante la riscontrata buona guarigione del piede, difficilmente con i soli reperti somatici, clinici e radiologici era possibile comprendere una evoluzione cronica invalidante subentrata nel decorso. Anche il consulente in neurologia ha descritto che le cefalee molto intense lamentate dall'assicurata divergevano dall'aspetto di non particolare

sofferenza mostrata da quest'ultima durante l'esame clinico. Pure anamnesticamente sono emerse delle contraddizioni, in particolare dove sono stati indicati dei periodi di alcune ore durante il giorno con cefalee assenti o lievi, ma anche in quei momenti l'assicurata non faceva nulla di particolare a casa, visto che delegava le attività casalinghe ai familiari. Ciò faceva pensare al neurologo che le cefalee non fossero il fattore principale che limitava l'attività dell'assicurata. Infine, la perita psichiatra ha evidenziato una netta discrepanza tra i racconti dell'interessata sulle sue condizioni, per il suo atteggiamento, il suo linguaggio non verbale e il linguaggio verbale in cui a volte si è contraddetta, non ravvedendo una simulazione, ma una forte accentuazione dei sintomi. In conclusione, la capacità lavorativa globale nell'ultima attività svolta come ausiliaria di pulizie e in una attività adeguata era del 70%, in entrambi i casi era presente dal febbraio 2018 dopo che l'interessata era stata in cura dalla dr.ssa _____ e che la terapia adottata ha comportato un miglioramento della sua situazione, seppure la compliance non fosse ideale. D'avviso del Tribunale, alla luce del rapporto peritale del 13 novembre 2018 appena esposto, le lamentele espresse dalla ricorrente non possono essere condivise, proprio perché la dr.ssa med. _____ ha chiaramente spiegato nella sua valutazione i motivi per cui non era dato un disturbo persistente dell'umore con una pseudodemenza depressiva, visto che dal test neuropsicologico effettuato dal dottor _____ era stata esclusa la presenza di decadimento cognitivo ed era stato confermato il suo sospetto che la ricorrente accentuasse i sintomi. La perita psichiatra ha fatto presente queste conclusioni alla collega che aveva in cura l'assicurata, tuttavia ulteriori contestazioni rispettivamente un nuovo parere medico specialistico da parte di quest'ultima non sono stati prodotti, perciò il TCA ritiene che le motivazioni addotte dalla dr.ssa med. _____ per giustificare lo stato di salute della ricorrente e quindi la diagnosi che ha posto sono chiare e non dunque contraddittorie. Come tali, possono essere poste alla base del presente giudizio. 2.8. Per quanto concerne l'accusa di simulazione, l'assicurata l'ha recisamente contestata, ricordando che nel suo rapporto del 27 febbraio 2015 il dr. med. _____ ha negato che la sua paziente potesse avere un tale atteggiamento, visto che essa non era in grado di comprendere di soffrire di una malattia psichica. Anche la dr.ssa med. _____ aveva riferito il 19 novembre 2017 che per l'assicurata "stare male" significava "avere male" e quindi si doveva concludere che l'interessata non era in grado di capire questo concetto e che pertanto non era sofferente in un contesto psichico. Quanto al primo referto, il TCA osserva come lo psichiatra curante abbia tratto tali conclusioni tre anni prima della perizia in discussione, perciò è plausibile che trascorso questo lungo arco di tempo la perita abbia individuato un atteggiamento della ricorrente diverso da quello identificato anni prima dal dr. med. _____. In merito al referto della dr.ssa med. _____, come già osservato, va ricordato che l'evidenza della presenza di un accentuazione dei sintomi non è stata riscontrata soltanto dalla perita psichiatra, ma anche dal dottor _____ che ha eseguito i test neuropsicologici, il quale ha chiaramente segnalato che l'attendibilità dei risultati ottenuti era dubbia, visto che " l'osservazione clinica metta in evidenza elementi che fanno sospettare la presenza di un atteggiamento volto all'esagerazione dei sintomi, sospetto confermato dai risultati ai test di veridicità. ". Su queste conclusioni la dr.ssa med. _____ si è confrontata con il neuropsicologo, così come in merito all'opinione della psichiatra curante secondo cui l'assicurata aveva un quoziente intellettuale piuttosto basso e anche il dottor _____ ha confermato le sue impressioni, ovvero che sebbene l'assicurata avesse un livello culturale non elevato, tuttavia non aveva un ritardo intellettuale così come dimostrato dal suo percorso scolastico senza bocciature, uno sviluppo normale e una costruzione di un progetto di vita

con lavoro e famiglia senza difficoltà. Inoltre, anche il neuropsicologo, come la psichiatra che ha peritato l'insorgente, ha osservato che il modo di presentarsi e l'atteggiamento tenuto durante i colloqui non erano tipici di un soggetto di bassa intelligenza, ma di una persona che accentuava o simulava dei deficit. V'erano evidenti discrepanze tra come l'assicurata appariva e le sue prestazioni. Il neuropsicologo ha altresì chiaramente spiegato che chi ha dei limiti intellettivi ha delle difficoltà in alcuni test, mentre l'interessata non li ha avuti ed è raro che persone con bassa intelligenza simulino, poiché sono persone semplici e trasparenti. In presenza di queste chiare e dettagliate spiegazioni, il TCA si allinea con serenità alle conclusioni di accentuazione e di esagerazione dei sintomi manifestata dall'insorgente, più volte segnalata dalla dr.ssa med. _____ nella sua valutazione peritale, la quale ha però precisato non trattarsi di simulazione (cfr. punto 7.3 pag. 13 del suo referto). 2.9. La ricorrente ha inoltre contraddetto la perizia psichiatrica laddove sostiene che "Da un lato si afferma che la diagnosi di disturbo depressivo persistente con ansia collima con quello dei colleghi, poi però lo si attribuisce a tratti delle personalità." (doc. I pag. 3 in alto). D'avviso del Tribunale, l'assicurata erra nelle sue sussunzioni, avendo mal interpretato le annotazioni della psichiatra al punto 6.2 del suo referto. Infatti, la dr.ssa _____ ha sì riconosciuto che entrambe le sue diagnosi - e non solo quella di disturbo depressivo persistente con ansia - non si discostavano da quelle formulate dai colleghi, ma ne ha escluso che vi fosse una pseudodemenza depressiva come ritenuto dalla dr.ssa med. _____. Inoltre, pur avendo attribuito alcuni criteri diagnostici alla personalità dell'assicurata (quali povertà affettiva, scarsa energia, irritabilità, ecc.), ha ritenuto che altri elementi rilevati nella sua personalità fossero ascrivibili ad una patologia psichica tra lieve e moderata che avevano un'influenza sulla capacità lavorativa, sociale e relazionale (come ad esempio i pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi, il costante elevato livello di ansia per la sua salute). Il fatto che la perita abbia riscontrato un disturbo depressivo persistente con ansia e non una sindrome depressiva ricorrente, a dire della ricorrente, non dovrebbe portare a concludere che non vi sia alcuna limitazione nell'attività lavorativa, visto anche che, in presenza di una disabilità da moderata a grave nell'integrazione nel gruppo, essa dovrebbe lavorare per lo più da sola. A questa critica va risposto che la dr.ssa _____ ha spiegato quali sono stati i criteri diagnostici che l'hanno portata a diagnosticare una distimia, ossia un disturbo depressivo persistente, e a non ritenere che avesse un'influenza sulla capacità lavorativa. Inoltre, ha ritenuto che l'attività lavorativa ideale sarebbe da sola o con pochi colleghi, ma tale condizione non costituisce una limitazione medica della capacità di lavoro dell'assicurata. 2.10. L'insorgente ha pure criticato che l'esperta non avrebbe tenuto conto della riduzione dell'attenzione e della concentrazione annotata dal dr. med. _____ il 27 aprile 2015 e dell'astrazione, dell'attenzione, del calcolo e della memorizzazione che secondo la dr.ssa med. _____ erano notevolmente deficitarie, fattori che influenzerebbero maggiormente la capacità lavorativa dell'assicurata e quindi non soltanto nella misura del 30%. A tal riguardo va segnalato che la dr.ssa med. _____ ha rinviato al rapporto del dottor _____, il quale per quanto concerne i disturbi dell'attenzione e della memoria ha avuto forti dubbi sull'attendibilità delle prestazioni fornite dall'assicurata. Anche la stessa psichiatra ha eseguito un test (test delle 3 parole) e non ha riscontrato particolari problemi di capacità di riconoscimento di informazione e di memoria. Addirittura, sulla capacità di ricordare l'interessata è caduta in contraddizione, affermando di dimenticarsi a volte di stendere il bucato, quando poi però ha dichiarato di non occuparsi praticamente di nessuna attività casalinga. Alla luce di queste considerazioni, non v'è motivo per ritenere che la

capacità lavorativa dell'assicurata fosse ridotta anche da dei deficit di concentrazione, di attenzione e di memoria. 2.11. La ricorrente ha poi osservato che i suoi medici curanti non sono stati concordi nella determinazione della sua inabilità lavorativa, visto che il dottor _____ l'aveva stabilita nel 60% (dal 2015), mentre la dottoressa _____ nel 100% (dall'11 ottobre 2017). Sull'aspetto ortopedico l'insorgente ha rammentato che il medico che l'ha valutata per conto dell'assicuratore infortuni aveva posto dei limiti funzionali perciò, benché essa potesse svolgere delle attività di media pesantezza, a dire dell'assicurata sussisteva una certa limitazione che le impediva comunque di svolgere l'attività precedente di ausiliaria di pulizie. Il TCA ricorda che anche il perito reumatologo che ha visitato l'assicurata il 15 maggio 2018 era concorde con le limitazioni determinate dal medico dell'assicuratore infortuni, ma solo in parte e ha osservato che " Bisogna inoltre segnalare che dal 2009 a oggi vi è stato un ulteriore consolidamento dei reperti radiologici e clinici e un ulteriore miglioramento. Non si riscontrano più gonfiori neppure all'avampiede che erano stati descritti allora. ". Pertanto, non avendo riscontrato dal punto di vista somatico grossi problemi, non vi erano impedimenti alla ripresa lavorativa in forma completa sia nell'attività precedentemente esercitata, che è stata ritenuta adeguata alle condizioni di salute della ricorrente, sia in altre attività professionali, soprattutto di tipo sedentario. 2.12. Secondo la scrivente Corte, i periti del Servizio Accertamento Medico hanno dunque esaminato attentamente le condizioni di salute dell'assicurata sia dal profilo somatico sia psichico, vagliandone l'anamnesi, tenendo conto dei dati soggettivi e dei riscontri oggettivi emersi dagli esami clinici e radiologici che essi hanno effettuato di persona sulla ricorrente e si sono confrontati con i pareri dei medici curanti agli atti. Il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha poi confermato integralmente il parere degli esperti in reumatologia, ORL, neurologia e psichiatria nel suo rapporto finale SMR del 14 novembre 2018, sia nelle diagnosi sia nei gradi di capacità lavorativa stabiliti dai periti del SAM tanto nell'attività abituale di ausiliaria di pulizie quanto in attività adeguate, valutate nel 40% dal marzo 2015 e nel 70% dal mese di febbraio 2018, da intendere come riduzione del rendimento. Occorre ancora evidenziare 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 perciò 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 (fra le ultime, STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Con il suo ricorso l'assicurata ha in sostanza sostenuto di non essere in grado di lavorare al 70% come stabilito dai periti, visto che il suo stato di salute psichico e ortopedico era peggiore rispetto a quello stabilito dagli specialisti del SAM. Il Tribunale evidenzia che la ricorrente si è però limitata ad esporre delle limitazioni

di carattere soggettivo, non suffragandole da documentazione clinica medica che potesse oggettivare i suoi disturbi e le sue difficoltà fisiche e psichiche. Né con il ricorso né tanto meno nella procedura amministrativa in fase di osservazioni al progetto di decisione, essa ha infatti prodotto dei certificati medici che comprovassero il suo reale stato di salute. Da quanto precede discende che non è dimostrata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dalla perita psichiatra, che ha stabilito l'abilità lavorativa dell'assicurata in qualsiasi attività essere del 40% dal marzo 2015 sulla base del referto del dr. med. _____, mentre del 70% dal febbraio 2018 stante una riduzione del rendimento del 30% connessa all'esauribilità delle energie che influenzavano negativamente la performance e richiedevano più pause per la presenza del disturbo da dolore con fattori somatici e psichici, così come giudicato dalla dr.ssa med. _____. Di conseguenza, una nuova valutazione dello stato di salute dell'interessata, così come da essa richiesta, non è necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della causa. L'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia in ambito psichiatrico, non è pertanto utile per la fattispecie in oggetto, risultando già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser , *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner , *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi , *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Alla luce di tutte queste considerazioni vanno quindi confermate le conclusioni mediche a cui è giunto il Servizio Accertamento Medico il 13 novembre 2018 e che sono poi state corroborate l'indomani dal Servizio Medico Regionale. Pertanto, la capacità lavorativa dell'assicurata è stabilita nel 40% da marzo 2015 e nel 70% da febbraio 2018, intese come riduzione del rendimento. I gradi di inabilità lavorativa così determinati vanno perciò posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di ausiliaria di pulizie quanto in attività adeguate. Non è data un'incapacità lavorativa maggiore. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dalla ricorrente. 2.13. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1, STFA I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, STFA I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11; STFA I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003 consid. 4.2). Nel caso di specie, per la contestazione in esame sono quindi determinanti i dati del 2016 (ossia alla scadenza dell'anno di attesa iniziato nel marzo 2015). Con la decisione impugnata l'amministrazione ha effettuato un raffronto percentuale dei redditi per determinare il grado di invalidità della ricorrente basandosi sui

gradi di incapacità lavorativa medica stabiliti dai periti del SAM. Considerata quindi dapprima un'incapacità lavorativa del 60% in qualsiasi attività dal 1° marzo 2015, l'Ufficio AI ha stabilito nel 60% la perdita di guadagno e dunque le ha attribuito una rendita di invalidità di tre quarti. Dal 1° febbraio 2018, ritenuto che l'inabilità lavorativa in qualsiasi attività era del 30%, è decaduto il diritto alla rendita di invalidità stante un grado AI di pari importo e pertanto inferiore al minimo pensionabile del 40%. Con la risposta di causa, l'amministrazione ha chiesto al TCA di diminuire al 57% il grado di invalidità attribuito all'assicurata sulla base del calcolo di raffronto ordinario dei redditi, partendo da un reddito da valida di Fr. 41'820.- aggiornando il dato di partenza del 2009 di Fr. 39'716.- al 2016 e da un reddito da invalida di Fr. 17'991.- stante un grado di inabilità lavorativa del 60%, una riduzione del 5% per motivi personali e un gap salariale del 12,9% rispettivamente di Fr. 31'484.- tenuto conto sempre di una riduzione del 5% e del 12,9%, ma considerando un'inabilità lavorativa del 30%. Nel primo periodo di calcolo, partendo da un reddito statistico di Fr. 54'355,67 il grado di invalidità è del 57% (doc. IV/4), mentre nel secondo del 25% (doc. IV/3), con conseguente cessazione del diritto alla rendita nel 2018. La ricorrente ha contestato questo calcolo, adducendo che occorre apportare una riduzione sociale del 15% al reddito da invalida di partenza che, come il reddito da valida, va stabilito in Fr. 54'356.- secondo i dati statistici non avendo più lavorato da 13 anni. In tal modo, si ottiene un grado di invalidità del 40,5% e quindi il diritto a un quarto di rendita di invalidità.

2.14. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto di invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC

1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4, attuale livello di competenze 1) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “ Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen ”; Doudin, *La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in: SZS 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d'idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin, op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA U 871/02 del 20 aprile 2004, consid. 3; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Va infine rilevato che, per giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Da ultimo, va ricordato che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; egli valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un

mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). 2.15. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valida), come ricordato nella recente STF 9C_151/2020 del 5 maggio 2020 al considerando 6.1, decisivo non è il guadagno realizzato nell'ultima attività svolta, bensì il reddito che la persona assicurata conseguirebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse diventata invalida. Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonda 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 (DTF 144 I 103 consid. 5.3; DTF 134 V 322 consid. 4.1), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (RAMI 2000 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. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Nella citata STF 9C_151/2020 il Tribunale federale ha inoltre evidenziato che nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, in circostanze particolari ci si può scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dalla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_329/2014 del 1 luglio 2014 consid. 5.2). 2.16. Dagli atti risulta che nel suo precedente giudizio del 19 aprile 2011 (STCA 32.2010.238) il TCA si era fondato, per il raffronto dei redditi riferito all'anno 2009, sulla STCA 35.2010.59 del 19 gennaio 2011 resa in ambito infortunistico. In quella occasione, il reddito da valida era stato desunto dalle informazioni fornite direttamente dagli ex datori di lavoro della ricorrente, dato che non era stato contestato dall'assicurata e che ammontava, nel 2009, a Fr. 39'716.-. Nel caso in esame, il momento determinante per l'eventuale riconoscimento della rendita è l'anno 2016, considerato l'inizio dell'anno di attesa nel 2015. Come allora, anche ora occorre basarsi sull'ultimo reddito che la ricorrente ha conseguito prima del danno alla salute e adeguarlo al 2016. Infatti, in assenza del danno alla salute, e quindi se nel 2006 non fosse stata investita, l'assicurata avrebbe continuato a lavorare come ausiliaria di pulizie. Non v'è pertanto motivo per scostarsi dalla situazione concreta e ricorrere ai dati statistici, oltretutto non mancando delle indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale. La circostanza invocata dalla

ricorrente che siano ormai trascorsi 13 anni dalla cessazione dell'attività lucrativa e che occorra così fondarsi sui dati statistici deve poi essere relativizzata, dovendo il TCA porsi all'inizio del diritto alla rendita (2016) e non al momento dell'emanazione della decisione dell'Ufficio AI (2019). Per la vertenza ora in esame la scrivente Corte parte perciò dal dato del 2009 e lo aggiorna al 2016 sulla base dapprima della Tabella T39 Evoluzione dei salari nominali, dei prezzi al consumo e dei salari reali, Donne 2010-2018, poi della Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne 2011-2016, per ottenere un reddito da valida di Fr. 42'202,37 (+ 1,1% nel 2010 + 1% nel 2011 + 1% nel 2012 + 0,7% nel 2013 + 1% nel 2014 + 0,5% nel 2015 + 0,8% nel 2016). 2.17. Per quanto concerne il reddito da invalida, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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 "). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, in passato questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però successivamente 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). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze

personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.18. Per quanto concerne il 2016, anno di eventuale diritto alla rendita (DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016, 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), si osserva 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; STF 9C_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde a un importo di Fr. 52'356.- (Fr. 4'363.- x 12 mesi). Questo dato si riferisce, però, a un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora questa cifra su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (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 sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2018: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.as.setdetail.5287368.html>), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna è di Fr. 54'581,13 (Fr. 52'356 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). 2.19. Nella risposta l'Ufficio AI, rifacendosi al precedente giudizio di questo TCA (32.2010.238), ha applicato il principio del parallelismo dei redditi e quindi ha tenuto conto della differenza di salario del 17,9% (gap salariale) fra quanto l'assicurata avrebbe percepito dal suo datore di lavoro (Fr. 41'820.-) e quanto avrebbe guadagnato a livello svizzero secondo i dati statistici nel ramo economico 96, livello di competenze 1 (Fr. 50'941,80). Dedotta la quota del 5%, la differenza (12,9%) fra questi due redditi è stata riportata sul reddito da invalida. 2.20. A questo proposito va ribadito che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Non v'è una presunzione in tal senso (STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2; STF 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 8.4). Il Tribunale federale ha riconosciuto che se un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Il parallelismo dei redditi tiene quindi conto della circostanza che l'assicurato, da invalido, non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscergli un salario da invalido conseguentemente più basso. Per contro, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile, rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio di tale reddito (DTF 135 V 58

consid. 3.4.3 e 3.4.4). In sostanza, nel parallelismo dei redditi il confronto va effettuato tra quanto effettivamente realizzato prima dell'evento assicurato e la media svizzera usuale nel settore specifico. Inoltre, il parallelismo dei redditi si giustifica non solo in ragione della differenza considerevole (già una differenza del 5% è sufficiente per apparire considerevole) tra il reddito effettivamente conseguito e quello mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico, ma anche e soprattutto per l'involontarietà di questa differenza. L'assicurato non può infatti fare ricadere sulla collettività degli assicurati le conseguenze di una sua scelta personale. In simile evenienza nessun intervento, anche solo parziale, può essere richiesto dall'AI (STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 3; STF 9C_430/2013 del 22 luglio 2013). Nel caso in esame, questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dalla proposta dell'Ufficio AI, che segue quanto già deciso dal TCA nel 2011, perciò va ritenuto che nel 2016 il reddito statistico lordo medio nazionale da invalida per una donna, fissato tenendo conto del gap salariale del 12,9%, ammonta a Fr. 47'540,16 (Fr. 54'581,13 - 12,9%).

2.21. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con STF 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1).

2.22. Nel suo atto ricorsuale l'assicurata ha chiesto di applicare una riduzione complessiva del 15%, pari al 5% per ogni ambito nel quale risulta in difficoltà, visto che da 13 anni non lavora più a causa dell'incidente subito, a seguito del quale è passata da una situazione lavorativa precedente di sostanziale assenza di problemi a una successiva caratterizzata da problemi dapprima somatici e poi psichici. Gli stessi disturbi rilevati dalla perita psichiatra fanno stato di una serie di difficoltà non immediatamente inabilitanti, ma che comunque la fanno apparire molto insicura e difficilmente integrabile in un gruppo. Il consulente in integrazione professionale che si è occupato del calcolo del grado di invalidità dell'assicurata ha nuovamente preso posizione pendente causa il 16

maggio 2019 (doc. IV/3-4), dopo che già il 14 novembre 2018 (doc. 104) aveva spiegato quali fattori potevano entrare in linea di conto a titolo di riduzione per motivi personali. Analizzati singolarmente i fattori di riduzione ammessi dalla giurisprudenza federale, il consulente ha concluso che erano dati soltanto i presupposti per applicare una riduzione complessiva al reddito statistico del 5%, confermando quindi la sua precedente analisi della situazione dell'assicurata. Non entravano invece in considerazione ulteriori fattori di riduzione, quali l'età e gli anni di servizio, la limitazione della funzionalità, la nazionalità, il tasso di occupazione. Per ognuno di questi parametri il funzionario ha esposto la giurisprudenza resa sull'argomento, motivando sufficientemente le sue considerazioni al riguardo. Nessuna deduzione, poi, è stata giustamente concessa per le limitazioni funzionali, visto che la limitazione del rendimento determinata in sede medica (psichica e reumatologica) le tiene già in considerazione, poiché la capacità lavorativa del 70% è da intendere quale riduzione del rendimento del 30% nell'ambito di una presenza durante tutto il giorno (cfr. rapporto finale SMR). Al riguardo, va evidenziato che alla luce di quanto sottolineato dall'Alta Corte nella STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014, la riduzione del rendimento non dà luogo ad un'ulteriore riduzione per motivi personali: " 5.4. 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)". Anche nella STF 8C_163/2015 del 16 giugno 2015 il Tribunale federale ha ricordato che non è possibile, nel momento in cui si valuta l'entità della riduzione percentuale da applicare al reddito da invalido, tenere conto nuovamente della riduzione di rendimento già constatata a livello medico e inclusa nella valutazione della capacità lavorativa residua, onde evitare di prendere in considerazione due volte lo stesso punto di vista (STCA 32.2018.65 del 13 marzo 2019; STCA 32.2018.51 dell'11 febbraio 2019; STCA 32.2018.31 del 4 febbraio 2019; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2017; STCA 32.2017.42 del 5 ottobre 2017; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.130 del 24 settembre 2015). La nostra Massima Istanza ha espressamente indicato che: "(...) 3.2.2. Bestehen über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.5 mit Hinweisen). Allerdings ist zu beachten, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfliessen können, weil damit ein- und derselbe Gesichtspunkt bei der Bestimmung des Invalideneinkommens doppelt angerechnet würde. Die Vorinstanz hat zutreffend erkannt, dass Dr. med. B. die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer anderen adaptierten Erwerbstätigkeit in der Bandbreite von 50 % - 70 % angab, wobei aus der (mehrfachen) Unterstreichung des höheren Niveaus (70 %) zu schliessen war, dass die Versicherte eher in diesem Umfang ohne Leistungseinschränkung arbeiten könnte. Unter diesen Umständen hat das kantonale Gericht zu Recht erkannt, dass kein triftiger Grund bestand, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal auch sonst kein

abzugsbegründendes Merkmal gemäss BGE 126 V 75 vorlag, welches die Vorinstanz, auf deren Entscheid im Übrigen verwiesen wird, nicht berücksichtigt hätte.". Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 5% sia adeguato e ciò tenendo anche conto delle limitazioni funzionali di carattere reumatologico, quelle sociali osservate dal profilo psichico e della capacità lavorativa residua. Non v'è quindi alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. Va concluso che con una capacità di lavoro residua del 40% e poi del 70% in qualsiasi attività lavorativa la ricorrente è reintegrabile in un mercato equilibrato del lavoro. 2.23. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalida rivalutato ammontante nel 2016 a Fr. 47'540,16, va ritenuto nella misura del 40% (Fr. 47'540,16 x 40 : 100 = Fr. 19'016,06) stante la ridotta capacità lavorativa esigibile dell'assicurata e in seguito questo nuovo reddito va diminuito del 5% per tenere conto delle circostanze personali , ottenendo l'importo di Fr. 18'065,26 (Fr. 19'016,06 - [Fr. 19'016,06 x 5 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 42'202,37 corrispondente al reddito (ipotetico) da valida che l'assicurata avrebbe potuto conseguire nell'anno 2016 come ausiliaria di pulizie al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque una perdita di guadagno del 57,19% ([Fr. 42'202,37 - Fr. 18'065,26] : Fr. 42'202,37 x 100), arrotondata al 57% (DTF 130 V 121). In queste circostanze, la percentuale di invalidità determinata in virtù del metodo di raffronto dei redditi consente l'attribuzione all'assicurata di una mezza rendita di invalidità, perciò la decisione impugnata va modificata in tal senso per quanto concerne il periodo dal 1° marzo 2016 al 30 aprile 2018, durante il quale l'amministrazione ha concesso alla ricorrente il diritto a tre quarti di rendita (STCA 32.2018.79 del 28 maggio 2019). Per quanto concerne il diritto dell'assicurata di continuare a ricevere una rendita anche dopo il 30 aprile 2018, ossia tre mesi dopo che è intervenuto il miglioramento delle sue condizioni di salute, si deve ritenere che il reddito statistico ipotetico da invalida rivalutato considerato al 70% (Fr. 47'540,16 x 70 : 100 = Fr. 33'278,11) stante la ridotta capacità lavorativa esigibile e in seguito diminuito del 5% per le circostanze personali , dà un ammontare di Fr. 31'614,21 . Confrontato con il reddito (ipotetico) da valida di Fr. 42'202,37 , si ha una perdita di guadagno del 25,09% ([Fr. 42'202,37 - Fr. 31'614,21] : Fr. 42'202,37 x 100) e quindi del 25% . Di conseguenza, dal 1° maggio 2018 il diritto all'AI si estingue. 2.24. Alla luce di tutto quanto esposto, dall'inabilità lavorativa del 60% come ausiliaria di pulizie accertata nel marzo 2015 sorge il diritto per la ricorrente di beneficiare, un anno dopo, di una mezza rendita di invalidità, ma con versamento dal 1° novembre 2017. Tenuto poi conto di una capacità lavorativa residua del 70% (intesa come riduzione del rendimento) in altre attività adeguate dal 1° febbraio 2018, la perdita di guadagno del 25% fa sì che la ricorrente non abbia più diritto a una rendita AI dal 1° maggio 2018 (art. 88a cpv. 1 OAI). 2.25. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.