

TI_GERICHTE 32.2020.118 vom 20. Juli 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-07-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.118

FR: TI_GERICHTE 32.2020.118 du 20 juillet 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.118 del 20 luglio 2020

Erwägungen

E. 16

cpv. 1 LAI prevede che gli assicurati, che non hanno ancora esercitato alcuna attività lucrativa e che a cagione della loro invalidità incontrano notevoli spese suppletive per la prima formazione professionale, hanno diritto alla rifusione di siffatte spese, se tale formazione confà alle loro attitudini. Per l'art. 16 cpv. 2 LAI, sono parificati alla prima formazione professionale: a. la preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto; b. la formazione in una nuova professione per gli assicurati, i quali, dopo l'invalidità, hanno intrapreso un'attività lucrativa inadeguata, che non può essere ragionevolmente continuata; c. il perfezionamento nel settore professionale dell'assicurato o in un altro settore in quanto sia idoneo e adeguato e possa presumibilmente migliorare o conservare la capacità al guadagno. Il perfezionamento offerto dalle organizzazioni di cui all'articolo 74 è escluso. In casi fondati, definiti dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, è possibile derogare a tale principio. A norma dell'art. 5 cpv. 1 OAI, è considerata prima formazione professionale la formazione professionale di base secondo la legge del 13 dicembre 2002 sulla formazione professionale, come anche l'istruzione conseguita nelle scuole medie, professionali o nelle università, dopo che l'assicurato abbia frequentato le scuole pubbliche o speciali, e la preparazione professionale a un lavoro ausiliario od a un'attività in laboratorio protetto. Per formazione professionale iniziale si intende lo sviluppo sistematico di un individuo, avente lo scopo preciso di renderlo idoneo a esercitare una professione, in altre parole, a insegnargli delle nozioni e dargli una capacità specificatamente professionale. Un tale insegnamento non include l'acquisizione di nozioni scolastiche fondamentali necessarie per intraprendere con possibilità di successo un apprendistato professionale o una formazione elementare (RCC 1982 pag. 471). La Circolare sui provvedimenti d'integrazione e di ordine professionale, edita dall'UFAS (CPIP), valida dal 1° gennaio 2014, stato al 1° gennaio 2020, al N. 3010 prevede: " Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativamente: – l'assicurato è colpito da un'invalidità che lo limita considerevolmente nella formazione professionale e gli causa notevoli spese; – l'assicurato deve essere idoneo all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; – la formazione deve essere adeguata all'invalidità e alle capacità dell'assicurato e perseguire in maniera semplice e mirata l'integrazione nel mondo del lavoro o in altre attività. Non sono assunte le spese per una formazione dalla quale presumibilmente non deriverà una prestazione lavorativa sufficientemente valorizzabile sul piano economico. È sufficientemente valorizzabile una prestazione lavorativa retribuita con almeno 2.60 franchi all'ora (VSI 2000 pag. 190)." (nдр: in precedenza 2.55 franchi all'ora). Per il N. 3011 CPIP: " Hanno diritto alla prima formazione professionale gli assicurati che – non avevano ancora concluso una formazione professionale prima dell'insorgere del danno alla salute; – a causa di un danno alla salute hanno dovuto interrompere una prima

formazione professionale durante la quale non avevano ancora conseguito un reddito superiore al 30% dell'indennità giornaliera massima (art. 6 cpv. 2 OAI e contrario); – a causa dell'invalidità non hanno potuto concludere nessuna formazione professionale e hanno esercitato diverse attività di breve durata.”. Secondo il N. 3012 CPIP, la prima formazione professionale comprende: “– lo svolgimento di una formazione professionale di base secondo l'articolo 17 LFPr (con attestato federale di capacità [AFC] o certificato federale di formazione pratica [CFP]); – la frequenza di una scuola media o scuola media specializzata, di una scuola di maturità liceale o professionale, di una scuola specializzata superiore, di una scuola universitaria, di una scuola universitaria professionale o di un'università; – le misure preparatorie al programma ordinario di formazione (RCC 1981 pag. 460).”. Circa la durata della formazione, i NN. 3020 e 3020.1 CPIP prevedono: " In linea di principio vi deve essere un rapporto ragionevole fra la durata della formazione e il risultato economico del provvedimento (RCC 1972 pag. 64). Le formazioni che comportano una frequenza della scuola a tempo pieno non devono superare, in generale, la durata ordinaria di formazione. La durata di una formazione è disciplinata dalla legge sulla formazione professionale e il contratto di formazione deve essere approvato dalle autorità cantonali competenti. Le prime formazioni professionali che non sono disciplinate nella LFPr sono concesse per l'intera durata, senza tappe. In conformità con le direttive sulla formazione, le formazioni pratiche INSOS durano di regola due anni (DTF 142 V 523).”. Il N. 3021 CPIP dispone che: " Nei casi in cui risulta necessario un periodo di formazione più lungo, occorre indicarne con precisione i motivi. Esempi: – a causa dell'invalidità l'assicurato necessita di più tempo rispetto a una persona non invalida per capire e assimilare la materia di studio; – grazie all'evoluzione positiva dell'assicurato è possibile un cambiamento del livello di formazione (ad es. passaggio da un certificato federale di formazione pratica [CFP] a un attestato federale di capacità [AFC]).”. Nella STF 9C_457/2008 (consid. 2.2 e 2.3) del 3 febbraio 2009 l'Alta Corte ha precisato che: " (...) per prima formazione professionale s'intende il promovimento professionale mirato e pianificato, o in altre parole l'acquisizione e la trasmissione di conoscenze e abilità professionali specifiche (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 705/00 del 24 ottobre 2001, in VSI 2002 pag. 174 consid. 3b/aa con riferimenti). Per questo genere di misure, la condizione di semplicità e di adeguatezza richiesta dal provvedimento professionale si riferisce al modo di realizzazione della formazione e non al livello di formazione (DTF 106 V 165 consid. 2 pag. 167). Una partecipazione ai costi dell'assicurazione per l'invalidità presuppone in particolare che il provvedimento professionale sia adeguato dal profilo materiale, temporale, finanziario e personale. Il provvedimento deve pertanto garantire una certa efficacia integrativa, il che si avvera se: la persona interessata è messa nella condizione di provvedere quantomeno parzialmente al proprio mantenimento (adeguatezza materiale; cfr. sentenze I 101/98 del 10 luglio 1998, in VSI 2000 pag. 190, nonché I 705/00 del 24 ottobre 2001, in VSI 2002 pag. 178, consid. 3b/bb); il successo integrativo è durevole (adeguatezza temporale) e si trova in un rapporto ragionevole con i costi del provvedimento (adeguatezza finanziaria); e infine il provvedimento risulta ragionevolmente attuabile dalla persona assicurata alla luce della sua situazione personale (adeguatezza personale; v. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 256/02 del 5 marzo 2003, consid. 3.1 con riferimenti; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Ausbildungsziele der beruflichen Eingliederungsmassnahmen im Lichte der neuen Bundesverfassung, in Rechtsfragen der Eingliederung Behinderter, 2000, pag. 45 seg.). ”. La succitata giurisprudenza è stata precisata nella successiva STF

9C_837/2015 del 23 novembre 2016, pubblicata in DTF 142 V 523 (cfr. consid 2.3: “ Als Eingliederungsmassnahme unterliegt die erstmalige berufliche Ausbildung den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 IVG. Sie hat somit neben den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen. Danach muss sie unter Berücksichtigung der gesamten tatsächlichen und rechtlichen Umstände des Einzelfalles in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Eingliederungsziel stehen. Hinsichtlich der Angemessenheit lassen sich vier Teilaspekte unterscheiden, nämlich die sachliche, die zeitliche, die finanzielle und die persönliche Angemessenheit. Danach muss die Massnahme prognostisch ein bestimmtes Mass an Eingliederungswirksamkeit aufweisen; sodann muss gewährleistet sein, dass der angestrebte Eingliederungserfolg voraussichtlich von einer gewissen Dauer ist; des Weiteren muss der zu erwartende Erfolg in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten der konkreten Eingliederungsmassnahme stehen; schliesslich muss die Massnahme dem Betroffenen auch zumutbar sein (BGE 132 V 215 E. 3.2.2 S. 221; BGE 130 V 488 E. 4.3.2 S. 491 mit Hinweisen; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 25 ff. zu Art. 8 IVG; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, S. 77 ff.; ERWIN MURER, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27 bis IVG], Handkommentar, 2014, N. 42 zu Art. 8 IVG; SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, S. 76 ff. Rz. 128 ff.) ” . Da ultimo, come rammenta il Tribunale federale nella sentenza 8C_196/2009 del 5 agosto 2009 al consid. 6.1, la persona assicurata ha, di principio, diritto alle misure necessarie e adeguate allo scopo perseguito, ma non ai provvedimenti migliori possibili secondo le circostanze. In effetti la legge intende semplicemente garantire una reintegrazione necessaria e sufficiente nel caso di specie. Inoltre dev'esserci un rapporto ragionevole tra i costi e il risultato prevedibile della misura reintegrativa (DTF 124 V 108 consid. 2a pag. 110; 122 V 212 consid. 2c pag. 214 con riferimenti; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 718/05 dell'8 novembre 2006). 2.4. Nel caso in esame, a nove mesi di età l'assicurata è stata colpita da poliomielite con paraparesi flaccida agli arti inferiori, che tuttora le causa in particolare difficoltà negli spostamenti. Ottenuta la licenza di scuola media nel giugno 2012, dopo un periodo di accertamento professionale presso _____, l'Ufficio assicurazione invalidità ha stabilito, a causa delle sue numerose difficoltà nello spostamento (utilizzo della sedia a rotelle in alcuni momenti e comunque sempre due stampelle), di farle svolgere l'apprendistato presso questa struttura. Considerati i danni alla salute che ne restringevano la scelta professionale, la formazione di impiegata di commercio è stata reputata la più adatta anche dall'SMR e dall'orientatrice professionale (doc. 71). L'Ufficio AI ha così riconosciuto il 7 settembre 2012 (doc. 72) alla ragazza la prima formazione professionale giusta l'art. 16 LAI come impiegata di commercio presso la _____ di _____ dal 27 agosto 2012 al 26 agosto 2015, assumendosi i costi supplementari di una prima formazione professionale. Nel corso del terzo anno di formazione l'assicurata ha avuto una fase di sovraccarico sia lavorativo sia personale, ciò che l'ha portata ad essere dichiarata inabile al lavoro per alcuni mesi per motivi psichici al 40-50% (doc. 122). Sulla base del parere del 22 aprile 2015 (doc. 130) della psichiatra curante e dell'azienda formatrice (doc. 129), durante l'incontro avuto con questi due attori unitamente all'assicurata, il 13 maggio 2015 (doc. 131) la consulente in integrazione professionale ha annotato che è stato concordato di farle ripetere l'anno. Il 10 luglio 2015 (doc. 134)

l'azienda formatrice ha prolungato il contratto di tirocinio fino al 31 agosto 2016 e il 21 luglio 2015 (doc. 134) la Divisione della formazione professionale ha fissato la nuova data di scadenza al 30 giugno 2016 (doc. 134). Il 17 agosto 2015 (doc. 136) l'Ufficio AI ha rinnovato la garanzia per la prima formazione professionale e le spese di viaggio fino al 31 agosto 2016. L'assicurata ha ottenuto l'attestato federale di capacità come impiegata di commercio il 30 giugno 2016 (doc. 153). Il 7 luglio 2016 l'assicurata è caduta e si è rotta il femore ed è stata operata, infortunio che ha comportato un'inabilità lavorativa totale che si è protratta a lungo (doc. 155). Per tale motivo, la formazione si è interrotta in anticipo, poiché il 30 agosto 2016 (doc. 157) la consulente in integrazione professionale ha spiegato telefonicamente all'assicurata che non avrebbe recuperato il tempo perso durante il periodo di infortunio, visto che ha ottenuto l'AFC nel giugno 2016. 2.5. L'infortunio ha comportato una riabilitazione e dei disturbi a un ginocchio, che il 28 settembre 2018 ha dovuto essere operato. La non stabilizzazione delle condizioni di salute dell'assicurata ha richiesto un aggiornamento continuo degli atti medici sia dal profilo somatico sia psichico, finché il 14 maggio 2019 (doc. 249) il dr. med. _____ e il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale hanno ritenuto necessario valutare tramite perizia pluridisciplinare la residua capacità lavorativa dell'assicurata quale impiegata di commercio, attività che avrebbe dovuto essere adatta al danno alla salute presente. L'11 ottobre 2019 (doc. 260) il mandato è stato attribuito al Servizio Accertamento Medico. Il rapporto peritale è stato allestito il 14 febbraio 2020 (doc. 269) dopo che l'assicurata era stata a disposizione del SAM il 12 dicembre 2019 e degli specialisti esterni in altri giorni. Il rapporto contempla la descrizione degli atti medici messi a disposizione dei periti, l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica), i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, le constatazioni obiettive con l'esame dello status. Il dr. med. _____, specialista in medicina interna, non ha posto delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, ma solo senza flusso (anemia, tachicardia sinusale). Egli ha poi dato la sua valutazione medica e ha risposto ai quesiti peritali, indicando da sempre una piena capacità lavorativa dell'interessata in qualsiasi tipo di attività lucrativa. L'assicurata è stata inoltre visitata il 16 dicembre 2019 dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia il quale, esposta l'anamnesi e i reperti delle sue constatazioni oggettive derivanti dall'esame dello stato neurologico, ha posto la diagnosi con conseguenze sull'abilità lavorativa di stato da poliomielite con grave paraparesi più pronunciata a destra e quale diagnosi senza flusso di emicrania senza aurea e di stato da intervento per sindrome del tunnel carpale a destra. Nella sua valutazione medica il neurologo ha indicato che vi erano ancora buone capacità e risorse per intraprendere un'attività lavorativa adeguata che tenesse conto dei gravi deficit motori agli arti inferiori. Pertanto, egli ha giudicato che l'assicurata poteva garantire un'attività di otto ore al giorno nell'attività svolta di impiegata di commercio, che era peraltro sicuramente adeguata ed era difficile trovarne una migliore. L'assicurata era in grado di svolgere solo attività sedentarie e che non comportassero un carico anche solo lieve degli arti inferiori. Non v'è mai stata un'incapacità lavorativa dal punto di vista neurologico. Il dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, ha valutato l'assicurata in due occasioni: il 18 dicembre 2019 durante un'ora e l'8 gennaio 2020 per mezz'ora. Riassunta l'anamnesi, esposta la descrizione della giornata e le constatazioni obiettive con i reperti dell'esame psichiatrico effettuato, lo psichiatra non ha individuato una patologia tale da influire sulla capacità lavorativa dell'assicurata, riscontrando unicamente una sindrome post-traumatica da stress (ICD-10: F43.1) senza flusso sul lavoro. Nella sua valutazione lo specialista ha indicato che la terapia in atto era adeguata e che ha portato a

significativi miglioramenti; la prognosi era favorevole. Nel rispondere ai quesiti peritali l'esperto ha quindi riconosciuto una capacità lavorativa psichiatrica del 100% nell'attività svolta in precedenza, precisando che pur essendo un'attività adeguata dal punto di vista strettamente psichiatrico, essa presentava comunque delle caratteristiche che potevano mettere l'assicurata in difficoltà nella tenuta stante la sua ridotta capacità di tolleranza dello stress. Un'attività leggera di tipo creativo che non richiedesse tempi prolungati di attività intensiva con forti richieste prestantive poteva essere individuata come un'attività adeguata al profilo psicologico dell'assicurata ed esercitabile tutto il giorno. Infine, il 23 dicembre 2019 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, ha esaminato l'assicurata riassumendo gli atti, indicando i disturbi attuali, l'anamnesi sistematica somatica, patologica, familiare, personale sociale, scolastica e professionale, come pure i reperti dell'esame clinico effettuato. Le diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa erano di dolori cronici al ginocchio destro in esiti di diversi interventi e di sindrome cervicolombovertebrale parzialmente spondilogenica cronica bilaterale su disturbi statici del rachide (scoliosi destro-convessa toracale e sinistroconvessa lombare a forma di S, appiattimento della colonna dorsale ed iperlordosi lombare). Quali diagnosi senza conseguenze l'esperto ha individuato un decondizionamento e sbilancio muscolare, una tendenza fibromialgica (9 su 18 punti fibromialgici positivi) e una tendenza ad iperlassità legamentare. Il reumatologo ha poi percorso nella valutazione medica le terapie e le riabilitazioni di cui ha beneficiato l'interessata, rilevando che l'assicurata deve beneficiare di un trattamento analgesico in grado di influenzare sia i dolori meccanici sia quelli centrali. Egli ha inoltre rilevato che questi provvedimenti porteranno a un miglioramento della qualità di vita, ma non saranno in grado di modificare la sua capacità funzionale e di carico residua. Nell'indicare i limiti funzionali e di carico, lo specialista ha precisato che questi limiti funzionali tenevano conto unicamente degli handicap spiegabili strutturalmente al suo campo di attività, ma non di fattori non assicurati quali la formazione, fattori sociali, la disoccupazione, le difficoltà economiche, la disponibilità sul mercato del lavoro locale di un'attività pienamente adatta allo stato di salute attuale. A suo dire, erano presenti risorse fisiche da permettere una reintegrazione professionale. In un lavoro adatto allo stato di salute, il perito ha giudicato l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore con rendimento massimo del 100% dal 28 dicembre 2018, e meglio a tre mesi di distanza dall'ultimo intervento chirurgico ortopedico all'arto inferiore destro. Nella sua ultima attività lavorativa principale come impiegata d'ufficio, l'assicurata è stata ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 10% trattandosi di un'attività tendenzialmente statica, e ciò sempre dal 28 dicembre 2018. Un'inabilità lavorativa totale era poi giustificata dal 7 luglio 2016 al 27 dicembre 2018 in qualsiasi tipo di attività a causa dell'infortunio. Un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM ha condotto il dr. _____ a riportare le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa individuate da ciascuno di essi, rilevando che l'assicurata era limitata nella capacità lavorativa a causa delle patologie al ginocchio destro e del rachide, che grazie ai trattamenti messi in atto essa è riuscita ad investire sulle sue risorse al punto da superare le sue difficoltà psicologiche, lasciando come unico aspetto di vulnerabilità quello legato alla ridotta capacità di tolleranza allo stress. L'assicurata è stata giudicata abile dal 28 dicembre 2018 al 90% come impiegata di commercio (riduzione del rendimento del 10%) e al 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali e di carico descritti dal reumatologo e in un'attività senza stress. Il dr. med. _____ dell'SMR ha ripreso e confermato nel rapporto finale del 19 febbraio 2020 (doc. 270) queste

conclusioni. 2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-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). 2.7. La ricorrente non ha contestato come tali le valutazioni peritali rese dagli specialisti nominati dall'Ufficio AI, perciò non v'è motivo di scostarsi dalle stesse né nell'individuazione delle diagnosi con e senza influsso sulla sua capacità lavorativa né sulla determinazione del grado di capacità lavorativa sia come impiegata di commercio sia in attività adeguate, fermo restando i limiti stabiliti dai periti reumatologo e psichiatra. Il referto dell'11 settembre 2020 (doc. VIII/2) della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, prodotto pendente causa è stato esaminato dal dr. med. _____ dell'SMR, il quale non ha riscontrato dei nuovi elementi né una modifica dello stato di salute dell'assicurata noto al momento della perizia SAM, perciò non è di aiuto alla ricorrente. Il Tribunale evidenzia che i periti intervenuti non hanno mai indicato che l'assicurata dovesse lavorare in un ambiente protetto né che un tale ambiente fosse consigliato. Tutti e tre gli specialisti hanno infatti individuato una capacità lavorativa totale come impiegata di commercio e in attività adeguate; è solo dal punto di vista reumatologico che il rendimento della ricorrente era ridotto del 10% nella sua ultima attività di ufficio, trattandosi di un'attività tendenzialmente statica. Inoltre, nell'esercizio di attività adeguate si dovevano considerare delle limitazioni di carico (talvolta sollevare e portare pesi fino a 5kg), mentre l'assicurata poteva maneggiare attrezzi di precisione, attrezzi leggeri, la rotazione manuale era normale, di rado poteva effettuare lavori sopra la testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta e inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi e inclinata in avanti, mai la posizione inginocchiata come pure accovacciata. Essa poteva assumere la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno e in qualsiasi istante. L'assicurata poteva infine camminare talvolta fino a 50 metri, ma mai su terreno accidentato; di rado poteva salire le scale, ma mai a pioli. Il Servizio Medico Regionale, basandosi su queste limitazioni, il

E. 19

febbraio 2020 ha stabilito che il peso massimo trasportabile era di 2kg e che la necessità di alternare la postura e di fare pause supplementari non era inclusa. Andava pure tenuta in considerazione la ridotta tolleranza allo stress, oltre alle citate limitazioni. Il dr. med. _____ ha poi indicato che la capacità lavorativa non si sarebbe modificata nel tempo e ha infine osservato che " In considerazione della lunga inattività è auspicabile un aiuto al reinserimento lavorativo / riallenamento al lavoro. ". Il consulente in integrazione professionale si è pronunciato l'11 marzo 2020 (doc. 276) sulla situazione dell'assicurata tenendo conto della citata valutazione del Servizio Medico Regionale, ma reputando opportuno scostarsi dalle conclusioni mediche. Egli ha affermato al riguardo che "(...) nel rapporto di fine sorveglianza, inserito a dossier il 28.09.2017, si segnalava che l'Assicurata è stata considerata abile all'80% nello svolgimento della professione appresa. Tale valutazione si basa sull'effettiva pratica svolta durante la misura attiva, pertanto viene considerata più simile alla realtà dei fatti rispetto ad un'analisi medico-teorica, seppur peritale.". Per questo motivo, nell'eseguire il raffronto dei redditi, egli ha considerato un impedimento del 20%, ciò che ha portato a un grado di invalidità del 20% nel 2018. Pertanto, la situazione dopo l'infortunio era la medesima di quella che era stata considerata a suo tempo valida fino al momento dell'infortunio (doc. 275). Sulle osservazioni dell'interessata al progetto di decisione del 13 marzo 2020 di attribuzione temporanea di una rendita intera, con cui essa ha chiesto di beneficiare di misure reintegrative per recuperare le

nozioni professionali che non ha mai potuto mettere in pratica dopo l'apprendistato e che nel frattempo ha in gran parte dimenticato, l'8 giugno 2020 (doc. 291) il consulente professionale si è espresso come segue: " (...) Come indicato nel rapporto di fine sorveglianza del 28.09.2017, non è stato possibile effettuare un accertamento professionale presso un datore di lavoro nel libero mercato dopo la conclusione del tirocinio AFC commercio, profilo B, presso _____. Tuttavia il centro di formazione AL 25.07.2016 aveva già valutato in base ai problemi di salute una presenza massima del 80% e il raggiungimento di tutti gli obiettivi sia scolastici che professionali. La pratica professionale tra l'altro veniva svolta a tempo parziale all'esterno presso la _____. L'obiettivo dopo la convalescenza dall'infortunio incorso all'assicurata il 07.07.2016 sarebbe dunque stato quello di poter offrire un eventuale aiuto al collocamento e non un ulteriore periodo di pratica professionale o di valutazione sulla strutturazione dell'attività adeguata ai problemi di salute. Anche il SMR ha valutato l'assenza di nuovi elementi rispetto alla valutazione peritale SAM. Si ritiene pertanto tutt'ora valido il rapporto di fine sorveglianza del 28.09.2017.". Il predetto rapporto di fine sorveglianza del 28 settembre 2017 (doc. 195) allestito dal medesimo consulente in integrazione professionale ha il seguente tenore: " 1. Riassunto dell'integrazione L'A., come già spiegato in precedenza, ha terminato una prima formazione professionale (AFC di impiegata di commercio profilo B), presso la _____ (_____), nell'agosto del 2016. Per meglio stabilire il reale rendimento nel libero mercato del lavoro, l'intenzione era di procedere con un accertamento professionale. A seguito di un infortunio, ciò non è stato ad oggi possibile. L'A. è ancora sotto accertamenti medici da parte della _____ a seguito di questo evento. Visto il trascorrere del tempo, si ritiene corretto procedere con una prima valutazione del calcolo del grado di invalidità post-formazione, che tenga conto delle limitazioni presenti prima di tale infortunio. Qualora le conseguenze sul lungo termine dovessero implicare una minore capacità al lavoro, si rivaluterà la situazione. Malgrado non sia stato possibile l'accertamento nel libero mercato, il centro di formazione aveva già fatto una valutazione globale rispetto a presenza e rendimento. Si rimanda dunque al rapporto centro di formazione del 26.07.2016, dove si attesta che l'A. non è mai riuscita a superare la presenza del 80%, ogni tentativo di aumento è stato fallimentare. Le prestazioni sono invece sempre state nella media e non giustificherebbero alcuna diminuzione di rendimento. Va comunque rilevato che un'attività prevalentemente sedentaria permette un minor affaticamento. 2. Bilancio delle misure SALARIO DA VALIDA Malgrado il danno alla salute, l'A. è riuscita ad ottenere un attestato federale di capacità come impiegata di commercio profilo B. Si può dunque affermare che abbia acquisito sufficienti conoscenze professionali. Per il salario da valido si fa dunque riferimento al salario che avrebbe verosimilmente potuto conseguire nell'attività appresa, senza danno alla salute. (...). SALARIO DA INVALIDA Il danno alla salute determina una presenza dell'80% con un rendimento pieno nella professione appresa. Si fa dunque riferimento allo stesso salario, proporzionato all'80%. Il salario da invalido è dunque di CHF 49'119.- CALCOLO DEL GRADO DI INVALIDITÀ $61399 - 49199 \times 100 = 20\%$ 61399 3. Altre eventuali prestazioni da esaminare Come detto, tale valutazione si rifà allo stato di salute presente prima dell'infortunio del 7.7.2016. Si attendono le valutazioni _____ per capire se ci saranno conseguenze a lungo termine di tale infortunio, che potrebbero modificare la presente valutazione. Non sono attualmente possibili ulteriori provvedimenti professionali, per cui si chiude il mandato al servizio integrazione.". Il 25 luglio 2016 (doc. 154) l'azienda formatrice ha reso un rapporto sull'andamento della formazione relativo al periodo dal 1° febbraio al 30 giugno 2016. I

formatori professionali hanno osservato che l'assicurata stava svolgendo da gennaio uno stage di due giorni a settimana nella loro sede _____ per permetterle di esercitare maggiormente il contatto con la clientela. Le prestazioni erano generalmente buone, ma si riscontravano periodici momenti di affaticamento e dolori fisici. L'attività svolta, di continuo movimento, risultava per l'assicurata troppo impegnativa fisicamente. Il datore di lavoro ha rilevato che l'interessata ha ottenuto l'attestato federale di capacità di impiegata di commercio profilo base. Sia scolasticamente sia nella pratica essa ha raggiunto tutti gli obiettivi. Inoltre, esso ha evidenziato che se avesse dovuto valutare il rendimento economico dell'assicurata basandosi unicamente sulle capacità lavorative, sarebbe stato del 100%. I problemi di salute non le hanno mai permesso di lavorare con una presenza effettiva piena. Infatti, fino al 18 aprile 2016 essa ha lavorato all'80%, per poi passare al 90%. L'aumento del 10% non è però stato effettivo, poiché ci sono stati diversi giorni di assenza per malattia (stanchezza, malesseri generali, stati febbrili lievi). Dal 7 luglio 2016, causa infortunio, l'assicurata era assente e la sua inabilità era stata stimata in tre mesi circa. Il datore di lavoro ha concluso il suo rapporto affermando che " In considerazione che il suo provvedimento scadrà il 31.08.2016, vi chiediamo di valutare la possibilità di prolungare il progetto presso di noi, per la durata dell'infortunio, al fine di completare l'aiuto al collocamento che la nostra struttura le sta dando (interrotto per l'infortunio) e per permetterle di riprendere la sua capacità lavorativa in funzione di un posto di lavoro fuori dall'ambito protetto. Al fine di stabilire la sua capacità lavorativa è importante sentire il parere dei medici curanti (problemi fisici e psichici). ". Pochi mesi prima, il 26 febbraio 2016 (doc. 148), l'allora consulente in integrazione professionale si era incontrata con l'assicurata e la responsabile della formazione e dal rapporto redatto dall'amministrazione il 17 marzo 2016 (doc. 148) risulta che dopo un momento difficile vissuto l'anno precedente, la ragazza si era ripresa bene e stava andando bene. A quel momento l'interessata stava lavorando all'80% ed essa stessa aveva espresso il desiderio di provare con una presenza del 90%, per poi valutare se avrebbe potuto raggiungere di nuovo il 100% entro giugno 2016. Per due giorni alla settimana lavorava allo sportello _____ e apprezzava molto il contatto con la clientela, tanto che le sarebbe piaciuto per esempio lavorare alla ricezione di una casa anziani o di un ospedale o ad uno sportello. L'assicurata si sarebbe attivata per fare ricerche di lavoro e l'Ufficio AI avrebbe verificato come aiutarla. Durante l'incontro le è stato poi spiegato cosa comportava la fine del provvedimento di prima formazione professionale e il diritto all'aiuto al collocamento. Il 21 marzo 2016 (doc. 149) la _____ ha redatto un rapporto sull'andamento della formazione portante sul periodo dell'attività esercitata dalla ricorrente dal 1° luglio 2015 al 31 gennaio 2016. I formatori professionali hanno ricordato il grande impegno e l'autonomia dimostrati, che permettevano all'assicurata di consolidare bene gli obiettivi pratici, dimostrandosi una dipendente affidabile e autonoma. I due giorni di stage allo sportello _____ le permettevano di esercitare maggiormente il contatto con la clientela. La datrice di lavoro ha osservato che, come convenuto, da settembre l'interessata aveva ripreso a lavorare all'80% e si stavano adoperando per testare la presenza al 100% entro la fine della formazione, iniziando con il 90% da aprile e dopo gli esami, quindi da luglio 2016, al 100%. Sulla base dei risultati semestrali e nella pratica, essa riteneva che l'assicurata avrebbe ottenuto il suo AFC di impiegata di commercio. Quest'ultima ha inoltre segnalato la sua intenzione di trovare un posto di lavoro se possibile nell'ambito socio-sanitario, chiedendo alla datrice di lavoro stessa e all'Ufficio AI un aiuto al collocamento. 2.8. Dalla documentazione esposta il TCA trae la conclusione che la prima formazione professionale della ricorrente si è conclusa il 30

giugno 2016 con l'ottenimento dell'attestato federale di capacità AFC come impiegata di commercio (doc. 153). La circostanza che nei due successivi mesi di tirocinio, che dovevano essere di tipo pratico presso la medesima struttura che l'ha formata durante i quattro anni precedenti, l'assicurata non abbia potuto lavorare a causa dell'infortunio del 7 luglio 2016 che ha comportato una duratura inabilità lavorativa, non inficia questa conclusione. L'insorgente ha soddisfatto i criteri per ottenere l'attestato di capacità rilasciato dal Consiglio di Stato e ciò sia dal profilo del rendimento scolastico sia da quello pratico. Semmai, quindi, non potendo effettuare gli ultimi due mesi di tirocinio l'assicurata è venuta meno al contratto di lavoro sottoscritto con la datrice di lavoro, mancanza che, ovviamente, è giustificata dall'inabilità lavorativa dovuta all'infortunio certificata medicalmente. Il Tribunale rileva che la ricorrente, nel giugno 2016 - ma lo stesso sarebbe stato al 31 agosto 2016 se non si fosse fatta male e se quindi avesse continuato a lavorare fino alla scadenza del contratto presso la _____, si è trovata nella medesima posizione di qualsiasi apprendista che, terminato il percorso scolastico e ottenuto il diploma, non trova un posto di lavoro e quindi non può mettere in pratica le conoscenze acquisite durante la sua formazione professionale. A quel momento, semmai, l'apprendista neodiplomato può chiedere le indennità contro la disoccupazione, ma non una riforma professionale per il solo fatto che non ha potuto esercitare nel mondo del lavoro quanto appreso durante il suo apprendistato. È pertanto malvenuta l'insorgente a chiedere all'Ufficio AI di riconoscerle dei provvedimenti professionali atti a inserirla nel mondo del lavoro a causa della lunga assenza causata dall'infortunio che non le avrebbe permesso di consolidare le conoscenze apprese durante la sua formazione, come pure a sostenere che i provvedimenti professionali accordatili risultino ad oggi incompleti e insufficienti a reintegrarla. All'assicurata è stata concessa la garanzia per la prima formazione professionale secondo l'art. 16 LAI ed essa l'ha regolarmente portata a termine conseguendo il 30 giugno 2016 l'AFC come impiegata di commercio. Le contingenze esterne, quali la frattura del femore e l'operazione al ginocchio, che hanno compromesso la messa in pratica nel mondo del lavoro delle sue conoscenze, non devono dunque essere fatte ricadere sull'assicurazione invalidità. Nemmeno può essere imputato all'Ufficio assicurazione invalidità di averle concesso dei provvedimenti professionali che non sono completi e sufficienti per reintegrarla. Come detto, la formazione professionale si è conclusa regolarmente e quindi non si può certo affermare che, per il solo fatto che, posteriormente all'ottenimento del diploma, l'interessata non ha potuto lavorare ancora per i due mesi contrattualmente previsti con l'azienda formatrice, il suo percorso sia stato deficitario e monco. Non va dimenticato che la formazione della ricorrente è avvenuta sull'arco di quattro anni, durante i quali essa ha appreso nozioni teoriche a scuola e pratiche sul posto di lavoro. Non si può pertanto validamente affermare che gli ultimi due mesi di puro lavoro, intercalati comunque da uno o più periodi di vacanza (l'assicurata si è infortunata mentre era in vacanza dal 2 luglio 2016, doc. 307), avrebbero permesso all'interessata di acquisire delle nuove e fondamentali nozioni a tal punto che, soltanto in possesso delle stesse, le sarebbe stato possibile trovare un posto di lavoro al termine della formazione, mentre ora, senza quel periodo di lavoro, si trova sprovvista dei necessari requisiti per potere cercare con successo un datore di lavoro.

2.9. Per quanto concerne il periodo di pratica assolto dalla ricorrente, va osservato che se è vero che è avvenuto presso lo sportello _____ gestito dalla stessa _____ e quindi da formatori interni alla sua datrice di lavoro avente carattere di struttura protetta, tuttavia non si può negare che questa attività si rivolge manifestamente a un pubblico esterno. L'assicurata ha pertanto normalmente esercitato la sua attività a contatto di clientela

esterna e quindi ha interagito con persone al di fuori dall'ambiente protetto in cui ha svolto il suo percorso formativo. Al là della qualifica precisa di questo posto di lavoro, che non occorre indagare oltre, la scrivente Corte ricorda che dal profilo medico non è emersa la necessità, per la ricorrente, di lavorare in un ambiente protetto. La capacità era totale in attività adatte. I limiti funzionali e di carico individuati dal dr. med. _____ non si riferiscono a un particolare posto di lavoro, ossia a un ambiente protetto, ma sono intesi per un normale mercato del lavoro. Anche il dr. med. _____ ha ritenuto soltanto opportuno svolgere un'attività adeguata in un ambiente non stressante a causa della ridotta capacità dell'assicurata di tollerare lo stress, ma ciò senza dubbio non significa ancora che un simile posto di lavoro debba forzatamente essere un ambiente protetto. D'altronde, nella primavera 2016 la medesima ricorrente aveva manifestato il desiderio di lavorare alla ricezione di una casa anziani o di un ospedale o presso uno sportello, e quindi di introdursi nel normale mondo del lavoro, tanto che la stessa si sarebbe attivata per cercare un lavoro e la consulente in integrazione professionale le aveva spiegato che, terminato il provvedimento della prima formazione professionale, già allora l'Ufficio AI avrebbe potuto aiutarla a collocarsi nel mondo del lavoro. Non si è invece accennato né discusso di garantire ulteriori provvedimenti professionali, proprio perché non sono stati ritenuti necessari avendo terminato con successo la prima formazione. La stessa azienda formatrice ha peraltro affermato il 25 luglio 2016 che sia scolasticamente sia nella pratica la ricorrente aveva raggiunto tutti gli obiettivi ma che, a causa dell'intervenuto infortunio, sarebbe stato auspicabile prolungare il progetto presso lo stesso luogo di lavoro " al fine di completare l'aiuto al collocamento che la nostra struttura le sta dando (interrotto per l'infortunio) e per permetterle di riprendere la sua capacità lavorativa in funzione di un posto di lavoro fuori dall'ambito protetto. " (doc. 154). Per quanto concerne le annotazioni del consulente in integrazione professionale del 1° dicembre 2016 (doc. 171) in merito all'incontro avuto con la diretta interessata per valutare " se e quando l'A. potrà svolgere il lavoro a titolo di prova onde valutare il grado di rendimento avendo concluso la propria formazione. ", questa necessità è stata superata dagli eventi. Infatti, un anno dopo, il 28 settembre 2017, lo stesso consulente ha ricordato che per meglio stabilire il reale rendimento della assicurata nel libero mercato del lavoro, inizialmente l'intenzione era di procedere con un accertamento professionale. Poi, però, con l'avvenuto infortunio, ciò non era stato possibile ancora fino a quel momento, visto che l'interessata era tuttora in fase di valutazione medica da parte dell'assicuratore infortuni. Pertanto, egli ha ritenuto corretto, visto il lungo periodo trascorso, fare una prima valutazione del grado di invalidità post formazione tenendo conto delle limitazioni presenti prima dell'infortunio. Se poi le conseguenze sul lungo termine avessero condotto a una capacità di lavoro inferiore, la situazione sarebbe stata rivalutata. Il consulente ha inoltre riconosciuto che malgrado non sia stato possibile l'accertamento nel libero mercato, la stessa azienda formatrice aveva reso un anno prima una valutazione globale positiva sulla presenza e sul rendimento dell'assicurata sul posto di lavoro, perciò egli si atteneva alla capacità di lavoro dell'80% indicata in quel rapporto. Inoltre, dalla valutazione peritale del reumatologo è scaturita una capacità lavorativa medico teorica del 90% come impiegata di commercio e del 100% in un'attività adeguata. Peraltro, il dr. _____ ha ritenuto essere adatta, dal profilo neurologico, la stessa occupazione di impiegata di commercio, trattandosi di un'attività sedentaria, visto che era esclusa una qualsiasi attività che comportasse un carico anche solo lieve degli arti inferiori. 2.10. Sulla scorta delle considerazioni esposte, è dunque corretto che l'Ufficio assicurazione invalidità, basandosi sulle conclusioni mediche dei periti e del Servizio Medico Regionale da una parte

e delle valutazioni del consulente in integrazione professionale dall'altra, ha ritenuto non più necessari dei provvedimenti professionali. L'amministrazione ha perciò calcolato il grado di invalidità della ricorrente sulla base del reddito che la stessa avrebbe potuto conseguire nell'attività appresa, essendo in tale professione abile dal profilo medico al 100% ma, realmente, all'80% a causa dei problemi di salute che prima della caduta non le avevano mai permesso di essere sempre presente. Di conseguenza, il raffronto dei redditi effettuato dal consulente in integrazione professionale va tutelato così come il grado di invalidità del 20% stabilito al 28 dicembre 2018, ossia quando l'assicurata è stata ritenuta nuovamente abile al lavoro. Ciò porta al riconoscimento di una rendita intera fino a tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute (art. 88a cpv. 1 OAI). In tale contesto, non v'è stata una violazione del principio della priorità della reintegrazione professionale sulla rendita di invalidità, giacché per la ricorrente, avendo concluso con successo la prima formazione professionale, non sono date le condizioni per potere mettere in atto ulteriori provvedimenti professionali come da essa intesi e richiesti (doc. I punto 6). 2.11. In conclusione, nel caso di specie una riqualifica professionale della ricorrente non entra in considerazione, mentre l'assicurata presenta le condizioni unicamente per un aiuto al collocamento. È in effetti sempre aperta per l'assicurata la possibilità di far capo ad un aiuto al collocamento sulla base dell'art. 18 LAI per trovare un'attività confacente al suo stato di salute, segnatamente qualora il danno alla salute sia d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011; cfr. anche Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in: R DAT I 2003 pag. 595). Dagli atti risulta che già durante l'incontro del 26 febbraio 2016 il consulente in integrazione professionale aveva informato l'assicurata che avrebbe potuto aiutarla nel collocamento al termine dell'apprendistato. Pure nelle sue annotazioni dell'8 giugno 2016 il consulente di integrazione professionale ha indicato di avere a suo tempo informato l'interessata che con la fine del provvedimento di prima formazione professionale avrebbe potuto avere diritto all'aiuto al collocamento. Di conseguenza, qualora la ricorrente mostrasse un interesse ad essere aiutata per trovare un lavoro idoneo alle sue condizioni di salute, spetterà dunque alla stessa, se del caso, attivarsi in questo senso e contattare l'Ufficio AI - e per esso un consulente in integrazione professionale (STCA 32.2019.160 del 9 giugno 2020; STCA 32.2017.63 del 6 novembre 2017; STCA 32.2016.137 del 23 maggio 2017; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.141 e 143 del 21 novembre 2011). 2.12. Da quanto precede discende che la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata nella misura in cui le nega il diritto a una rendita di invalidità dopo il 31 marzo 2019, non può essere accolta. Nemmeno va dato seguito alla richiesta di riconoscerle il diritto a provvedimenti di integrazione con rinvio, quindi, all'Ufficio AI per l'attuazione dei necessari provvedimenti. Il ricorso deve pertanto essere integralmente respinto. 2.13. 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 della ricorrente. 2.14. Quest'ultima, percependo prestazioni assistenziali, ha chiesto al Tribunale di essere posta al beneficio

dell'assistenza giudiziaria presentando domanda di esonero dalle spese e tasse di giustizia (docc. I e V/1). Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante." I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, l'assicurata non ha comprovato con argomentazioni solide che la sua prima formazione professionale non era terminata e nemmeno ha prodotto alcun referto medico atto a sovvertire le chiare e complete conclusioni tratte dai periti del Servizio Accertamento Medico, che hanno valutato compiutamente e nel dettaglio le sue condizioni di salute e che l'hanno ritenuta abile al lavoro sia come impiegata di commercio sia in attività adatte. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria deve essere così respinta.