

TI_GERICHTE 32.2021.128 vom 28. Oktober 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-10-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.128

FR: TI_GERICHTE 32.2021.128 du 28 octobre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.128 del 28 ottobre 2021

Erwägungen

E. 46

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve

tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.5. Nel caso concreto, l'Ufficio AI ha raccolto il rapporto 16 luglio 2020 della psichiatra curante, dr. ssa med. _____. Diagnosticata una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave in parziale remissione (ICD 10: F 33.2.) dal 2017, la specialista ritiene che l'assicurata non può svolgere alcuna attività lucrativa, rilevando che in caso di miglioramento dello stato di salute l'eventuale ripresa lucrativa potrebbe sopraggiungere all'età di pensionamento. Infine, valuta un'inabilità al 50% quale domestica (doc. 24). Ritenuto necessario un approfondimento della componente extra-somatica , l'Ufficio AI ha

ordinato al _____ una perizia psichiatrica. Con rapporto 19 aprile 2021 (doc. 34) – firmato per approvazione dalla dr.ssa med. _____, direttrice del centro –, il perito dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha dapprima riassunto gli atti medici, ha poi esposto l'anamnesi (familiare, socio-relazionale, lavorativa e somatica), proceduto alla descrizione della giornata, riportato i sintomi soggettivi e spiegato il trattamento psichiatrico attuale. Ha in seguito esposto le osservazioni comportamentali, ha eseguito un esame clinico (secondo il sistema AMDP) e ha proceduto con la discussione in merito ad eventuali incoerenze emerse. Il perito ha posto la diagnosi di “pregresso episodio depressivo di grado grave (ICD10: F32.2) evoluto, grazie alle terapie in fase di parziale remissione (luglio 2020) ed ora espresso in forma di grado lieve (ICD 10 F. 32.0)”. Egli ha poi diffusamente preso posizione in merito alla sopra citata certificazione della psichiatra curante: " In relazione alla diagnosi posta dalla curante, nell'attualità non credo si possa certificare una forma depressiva ricorrente, in quanto, per quel che ho raccolto in anamnesi e certificato dalla generalista (che ha in carico L'assicurata dal 2011), non vi sono stati precedenti episodi depressivi conclamati e pertanto mi orienterei su diagnosi di episodio depressivo, che per quel che emerso dalla mia indagine clinica si caratterizza nell'attualità nella gradualità lieve (ICD 10:F32.0). Infatti dal punto di vista clinico l'umore è ancora orientato in senso depressivo e la paziente lamenta quota d'ansia, peraltro ben controllata da terapia specifica, che pare assolutamente adeguata alla circostanza e lei stessa ammette ripresa di un certo benessere psichico. Al quadro clinico descritto si sovrappone la situazione di precarietà sociale ed in particolare economica: assicurata, inattiva al 2017, attualmente in assistenza, terzo marito che lavora al 50%, o forse meno, nell'ambito della ristorazione, in epoca COVID, figlio unico, che vive in Serbia, sottoccupato), condizioni non indennizzabili.” Il perito ha successivamente eseguito una dettagliata valutazione psichiatrica e medico-assicurativa, rispondendo anche ai quesiti peritali. Per quanto riguarda l'attività abituale e quelle adeguate egli ha concluso: " Per quanto emerso dall'iter peritale e dall'analisi degli atti, oltre che dal confronto con la psichiatra curante, posso concludere che nel periodo che va dal 1 gennaio 2020 al 6 giugno 2020 (data della presa in carico con l'attuale psichiatra curante, l'assicurata per patologia psichica (episodio depressivo di grado grave), avesse una CL del 40% (in relazione al tempo e al rendimento), dal 6 giugno 2020 al 16.07.2020 (data del rapporto della Dr.ssa _____ ad AI, nel quale parla di forma depressiva grave, in fase di parziale remissione) una CL del 65% e a far data 1 gennaio 2021 una CL dell'80%, Come obiettivato in perizia e per quanto raccolto in anamnesi, per un episodio depressivo di grado lieve” (pag. 149) Quale casalinga l'assicurata è stata valutata abile all'80%. Infine, alla domanda riguardante provvedimenti sanitari e terapie da adottare con ripercussione sulla capacità lavorativa, il dr. med. _____ ha risposto: " Potrebbe essere utile e mi permetto di consigliare di sottoporre l'assicurata, già peraltro in trattamento adeguato con SSRI, all'introduzione di un SNRI, maggiormente efficace sulle forme depressive maggiori (stante, il precedente obiettivato quadro di grado grave), eventualmente in augmentation, anche se non è possibile, con sufficiente verosimiglianza, determinare se lo stesso potrà condurre ad un miglioramento significativo della CL. Non ritengo medicalmente indicate misure di reinserimento professionale.” (pag. 150) Dal punto di vista somatico, sulla base del referto all'AI del 8 luglio 2020 della dr.ssa med. _____ e della documentazione allegata, con rapporto (erroneamente datato) 9 settembre 2020 il dr. med. _____ del SMR ha posto le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: quadro degenerativo importante a livello L5-S1 con retrolistesi e associata ernia discale paramediana destra con

conflitto S1 (RM lombare nativa del 03.12.2019), cervicalgia e parestesia a carico dell'articolazione superiore destro su/con discopatia multiple con sofferenza radicolare a livello C5-C6 e C6-C7 (RM del 14.04.2016); gonalgia destra non meglio specificata. Ha anche elencato le diagnosi senza influenza sull'abilità lavorativa. Il medico SMR ha poi concluso per le seguenti limitazioni fisiche: " l'assicurata non può lavorare con gli arti superiori alzati, non può eseguire movimenti ripetitivi di rotazione della spalla destra, non può lavorare per più di 4 ore in posizione eretta. Adeguate è un'attività leggere da svolgere in ambito amministrativo e in ambiente non polveroso " (pag. 153). Riprese unicamente le incapacità lavorative psichiatriche, il medico SMR ha ultimo ritenuto l'assicurata inabile al 50% dal 1° settembre 2016 ed al 100% dal maggio 2019 nella sua abituale attività; in attività adeguate inabile allo 0% dal 1° settembre 2016 (non il 50% come indicato nella decisione contestata, n.d.r.), al 100% dal maggio 2019, al 60% dal 1° gennaio 2020, al 35% dal 6 giugno 2020 ed al 20% dal 1° gennaio 2021 (doc. 35). La ricorrente contesta la valutazione medico-teorica sia somatica che psichiatrica. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare

una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo

potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.8. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato dal _____, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia psichiatrica del 19 aprile 2021, poiché va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al consid. 2.6. Altrettanto vale per il rapporto del SMR. Per quel che concerne l'aspetto psichiatrico, il perito del _____ ha considerato tutti gli atti medici presenti nell'inserito. Procedendo all'esame clinico secondo il sistema AMDP (pagg. 145 e 146), egli ha individuato elementi che permettono di confermare una remissione della sintomatologia depressiva di grado lieve, anziché di grado grave come sostenuto dalla psichiatra curante. Il dr. med. _____ ha sì segnatamente notato un tono dell'umore orientato in senso depressivo, un senso di demoralizzazione, legato alla condizione economica alquanto precaria, una quota energetica diminuita. Ha anche riferito di ansia (che non traspare durante la valutazione peritale, ma che pare si accentui in luoghi chiusi, dove essa vivrebbe delle esperienze di derealizzazione e depersonalizzazione), di una certa suscettibilità alla critica che, come ipotizzato dal perito, potrebbe in qualche modo compromettere parzialmente la sua integrazione nel gruppo ed il

suo rapporto con gli altri, di un sonno disturbato (quindi non insonnia, n.d.r.). Il perito ha intravisto una perdita della stima di sé, legata alla perdita del proprio ruolo lavorativo e legata alle riferite problematiche fisiche, peraltro non di sapore conversivo o compatibile con somatizzazioni. Il perito ha tuttavia – in particolare – rilevato un’emotività stabile durante la perizia e ha potuto constatare che non sono emersi rispettivamente non sono stati esternati pensieri autolesivi e/o anticonservativi e l’ideazione è stata caratterizzata da nessi associativi mantenuti integri. Ha evidenziato che sono assenti intuizioni, interpretazione del dato di realtà, che non emergono idee di rovina di colpa, di inguaribilità, espresse in precedenza. Secondo il perito sono altrettanto assenti disturbi della percezione, l’attendibilità è buona e non si notano tentativi di amplificare i sintomi, non sono presenti fobie, né ruminazioni di tipo ossessivo. Non emergono inoltre sintomi inquadabili in episodi di depersonalizzazione o di derealizzazione, l’intelligenza appare nella norma. Emerge per conto durante la valutazione qualche momento in cui la rievocazione temporale diventa un poco più difficoltosa. Questa descrizione dello status contrasta con quanto scritto dalla specialista curante nel rapporto 16 luglio 2020, che parla di “situazione medica attuale: ansia, angoscia, isolamento sociale, senso di inadeguatezza, somatizzazioni, ideazioni suicidalì”. Va poi rilevato che quanto riportato dalla curante stride con la fase remissiva della patologia attestata da lei stessa nel medesimo rapporto. Fatto sta che la valutazione fornita dal perito, secondo il AMDP – System, è più dettagliata e completa, alla quale va prestata adesione. L’assicurata è ancora in cura specialistica, ma come emerge dalla perizia, le visite sono a cadenza variabile, da uno a due mesi. Quindi non si tratta, come sostenuto nel ricorso, di una “necessità di aiuto disperato del medico” che potrebbe giustificare una forma depressiva maggiore. Infine, questo Tribunale non misconosce le problematiche socio-economiche dell’assicurata. Va tuttavia ricordato che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un’incapacità di guadagno (STF 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti; STCA 32.2013.114 del 17 marzo 2014 consid. 2.9; STCA 32.2008.216 del 17 giugno 2009; STCA 32.2017.10 del 12 settembre 2018, consid. 2.9.3.). Riguardo alla componente somatica, come visto al consid. 2.5, tenuto conto delle patologie invalidanti, nel rapporto il SMR ha elencato le diagnosi e ha di conseguenza rettamente evidenziato le limitazioni fisiche, senza inabilità lavorativa (doc. 35). Al riguardo va ricordato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPGA - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l’Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). Del resto, l’assicurata non ha prodotto documentazione atta a mettere in dubbio le suddette valutazioni. Non lo è il rapporto 30 novembre 2021 della psichiatra curante (doc. C). In quello scritto essa ha riportato le note

diagnosi, sia somatiche che psichiatrica, concludendo per un'inabilità al lavoro del 100%. Si tratta di una diversa valutazione della stessa situazione compiutamente esaminata dal _____ e dal SMR, alle quali, come scritto poc'anzi, va data adesione. Determinante è che, come giustamente rilevato nelle annotazioni 7 dicembre 2021 il SMR, dal succitato scritto non sono emersi " fatti nuovi rispettivamente modificazioni significative di fatto noti", meritevoli di essere indagati (VI/). In conclusione, vista l'affidabile e concludente perizia _____, come pure la valutazione dal SMR, richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurata è inabile al 50% dal 1° settembre 2016 ed al 100% dal maggio 2019 nella sua abituale attività; in attività adeguate inabile allo 0% dal 1° settembre 2016 (non il 50% come indicato nella decisione contestata, n.d.r.), al 100% dal maggio 2019, al 60% dal 1° gennaio 2020, al 35% dal 6 giugno 2020 ed al 20% dal 1° gennaio 2021, tenuto conto delle limitazioni fisiche elencate dal SMR. 2.9. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.9.1. Dapprima va rilevato che con rapporto 6 maggio 2021, fondandosi sui dati medici, la consulente IP ha rilevato che dal punto di vista fisico l'assicurata " dispone ancora di una capacità lavorativa totale in un'attività leggera che tenga conto dei limiti funzionali " e "che il limite di carico ai 2 kg restringe il ventaglio di opportunità portandomi ad analizzare attività semplici e non qualificate. In questo senso, esistono attività esigibili, riconducibili alla categoria delle statistiche svizzere RSS in riferimento ad attività semplici e non qualificate alle quali l'assicurata avrebbe potenzialmente accesso ". Quali esempi di attività la consulente ha indicato: " Penso in particolare ad attività quali: - addetta alla qualità o imballaggio di pezzi di piccole dimensioni ad esempio di tavolette di cioccolato in struttura igienizzata e senza polvere e con postazione ergonomica - operaia generica nell'industria alimentare con postazione ergonomica di prodotti di prima necessità, ad esempio latticini con postazione ergonomica - cassiera presso grandi magazzini con la dotazione di sgabello ergonomico dedicato all'alternanza della postura. Inoltre date le indicazioni, sebbene la situazione dell'assicurata a livello formativo e di competenze, non viene valutata come prima scelta, un'attività amministrativa a livello di aiuto nello svolgimento di compiti collaterali semplici, ad esempio alla scansione o alla duplicatura sarebbe fattibile con una breve istruzione interna alla ditta. Le attività proposte, rispettano i limiti funzionali posti a livello medico teorico e consentirebbero fin da subito la reintegrazione dell'assicurata senza la necessità di un provvedimento da parte del nostro Ufficio. In base alle diverse opzioni indicate concludo che l'assicurata potrebbe svolgere, a livello medico-teorico, un ampio ventaglio di attività sul mercato del lavoro in equilibrio. Le percezioni soggettive dell'assicurata non possono diventare elemento che giustifichi una non reintegrabilità." Questo TCA non ha motivo di non aderire a quanto riportato sopra. Va ricordato che, secondo giurisprudenza, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3,

9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3). Certo, l'assicurata, nata il 30 dicembre 1960, al 1° gennaio 2021 – anno in cui da ultimo è stata ritenuta parzialmente abile in attività adeguate (cfr. in merito DTF 138 V 457) – aveva compiuto 60 anni ed è quindi lecito chiedersi se in un mercato equilibrato del lavoro simili attività siano da ritenere ancora esigibili. A tal proposito occorre ricordare che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.2; STF 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2). Riguardo all'esigibilità, da parte di un assicurato di età avanzata, di reinserirsi professionalmente su un mercato equilibrato del lavoro, con STF 9C_847/2015 del 30 dicembre 2015, la nostra Massima Istanza si è occupata di un ricorrente, nato nel 1949 ed attivo all'80% nel servizio tecnico di macchine per uffici, che nel 2013 ha ottenuto un quarto di rendita. Adito su ricorso, il Tribunale cantonale ha effettuato una reformatio in pejus annullando la decisione amministrativa e rifiutando le prestazioni. L'assicurato ha interposto ricorso chiedendo una rendita intera di invalidità. Dopo avere esposto i principi stabiliti dalla citata DTF 138 V 457 sulla reintegrabilità degli assicurati in età avanzata (cfr. consid. 4.1.1), il Tribunale federale ha evidenziato al considerando 4.1.2 di avere ritenuto reintegrabili un assicurato di 62 anni e 9 mesi (STF 8C_345/2013 del 10 settembre 2013 consid. 4.3.3) e un altro di 61 anni (STF 8C_330/2015 del 19 agosto 2015 consid. 3.2), tenendo conto che i loro limiti funzionali non pregiudicavano la possibilità di trovare un impiego. Per contro, l'Alta Corte ha negato a un 64enne la capacità residua di reintegrarsi nel mondo del lavoro a causa dei suoi limiti funzionali (STF 9C_979/2009 del 10 febbraio 2010 consid. 4 e 5). Anche un'assicurata di 64 anni appena compiuti avente una capacità lavorativa residua del 50% a causa di diverse limitazioni è stata ritenuta non reintegrabile (STF I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4c e 4d), così come un'altra persona assicurata di 64 anni e 10 mesi avente una capacità lavorativa del 50% prima del raggiungimento dell'età pensionabile (STF 9C_153/2011 del 22 marzo 2012 consid. 3.3). A un assicurato avente il medesimo anno di età, 8 mesi prima del pensionamento, che non lavorava da 9 anni e che da più di 5 anni riceveva una rendita parziale ed era abile al lavoro in ragione del 50%, il Tribunale federale non ha riconosciuto la reintegrabilità della capacità lavorativa residua (STF 9C_145/2011 del 30 maggio 2011 consid. 3.4). Nel caso in esame, benché l'assicurata non disponga di una formazione professionale, essa ha comunque svolto diverse attività, principalmente, da quando è in Svizzera, quale cameriera e come donna delle pulizie (cfr. perizia, anamnesi lavorativa, cfr. anche curriculum vitae in doc. 10). Inoltre, come visto, le limitazioni fisiche non sono tali da incidere sulla capacità lavorativa in attività adeguate. Circostanze che non permettono di escludere, secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 129 V 56 consid. 2.4; DTF 138 V 218 consid. 6), che l'assicurata sia in grado di svolgere almeno una delle attività leggere, semplici e ripetitive, che il consulente ha appositamente elencato. 2.9.2. In merito alla determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la persona assicurata, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo

reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). 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 (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Dalla decisione contestata si evince che l'Ufficio AI ha determinato il reddito da valida partendo dai redditi soggetti all'AVS percepiti nel 2013, pari a fr. 52'113 (cfr. conti individuali in doc. 6) che aggiornati al 2017 corrispondono a fr. 53'279 ed al 2019 a fr. 54'024 (cfr. tabella di calcolo del 5 maggio 2021 in doc. 40). Questo calcolo non è stato contestato dall'assicurata. Va del resto osservato che tale modalità di calcolo è favorevole all'assicurata, avendo l'amministrazione preso in considerazione i redditi del 2013 che risultano superiori a quelli del 2015, anno precedente l'insorgenza del danno alla salute.

2.9.3. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). Nel caso concreto, sempre dalla decisione impugnata si rileva come l'Ufficio AI ha utilizzato la citata tabella TA dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica e ha riconosciuto inoltre una riduzione sociale del 10% e tenuto conto delle diverse capacità lavorative in attività adeguate definite nella perizia (100% nel 2017, 0% al 01.05.2019, 40% al 01.01.2020, 65% a giugno 2020 e 80% a gennaio 2021). Dal raffronto dei redditi sono risultati i seguenti gradi d'invalidità: 7% nel 2017, 100% al 01.05.2019, 63% al 01.01.2020, 40% nel giugno 2019 ed infine 26% a gennaio 2021). Ai suindicati gradi d'invalidità va fatta adesione, motivo per cui la ricorrente ha diritto alle seguenti rendite come stabilito nella decisione contestata: " Dallo 01.05.2019 (raggiungimento dell'incapacità di guadagno del 40% almeno) sorge il diritto ad una rendita intera con un grado AI del 100%. Dal 01.04.2020 (3 mesi dal miglioramento dello stato di

salute, 01.01.2020, art. 88a cpv. 1 OAI) sorge il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita d'invalidità con un grado AI del 63%. Dal 01.10.2020 (3 mesi dal miglioramento dello stato di salute, 06.06.2020, art. 88a cpv. 1 OAI) sorge il diritto ad $\frac{1}{4}$ di rendita d'invalidità con un grado AI del 40% limitatamente al 31.03.2021 (3 mesi dal miglioramento dello stato di salute, 01.01.2021, art. 88a cpv. 1 OAI).” Trattandosi di una domanda tardiva, rettamente l'Ufficio AI ha stabilito come il versamento della rendita inizi dal 1° agosto 2020, ossia sei mesi dopo la richiesta di prestazioni (febbraio 2020) (cfr. art. 29 cpv. 1 LAI). Visto quanto segue, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico della ricorrente, la quale ha tuttavia chiesto l'esonero dal pagamento di tasse e spese processuali. 2.11. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. 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], RL 1783.300) A norma dell'art. 3 cpv. 1 Lag, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali (e all'ammissione al gratuito patrocinio). 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Va da sé che nel caso in esame non occorre esaminare il presupposto della necessità dell'intervento dell'avvocato, l'insorgente non essendo patrocinata in causa. Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In effetti, viste la perizia del CPAS ed il rapporto SMR, l'assicurata avrebbe dovuto debitamente documentare un eventuale peggioramento della sua situazione valetudinaria. Il rapporto 30 novembre 2021 del medico curante, come visto (cfr. consid. 2.7), non ha infatti apportato nuovi elementi di valutazione. L'istanza va di conseguenza respinta, motivo per cui all'insorgente sono accollate spese e tasse di giustizia.