

## **TI\_GERICHTE 32.2021.62 vom 2. April 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-04-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.62](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.62)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.62 du 2 avril 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.62 del 2 aprile 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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). 2.5.

Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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. 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. Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo

di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.6. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 1° febbraio 2021, poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.5. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti. 2.6.1. Dal punto di vista reumatologico, i periti del \_\_\_\_\_ si sono fondati sulla valutazione 23 settembre 2020 del dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. il relativo rapporto allegato alla perizia), riportando le conclusioni dello stesso: " (...) In quest'ambito l'A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_ che, dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico e la documentazione radiografica, descrive la presenza, con ripercussione sulla capacità lavorativa, di una sindrome fibromialgica di tipo primario con soprattutto un'emisindrome dolorosa a ds. La sintomatologia dolora diffusa, con soprattutto un'emisindrome dolorosa a ds., non ha mostrato alcuna risposta terapeutica significativa a nessuno degli approcci terapeutici ai quali è stata sottoposta. Anche l'intervento chirurgico di fissazione L5-S1, effettuato in data 26.6.2019, non ha modificato l'evoluzione dei dolori. Le terapie medicamentose attualmente in corso non portano a dei miglioramenti della sintomatologia. L'A. non ha approfittato delle fisioterapie ambulatoriali eseguite. Sulla base di queste constatazioni, il nostro consulente valuta l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura dell'80%, sia nelle attività svolte, che in un'attività adeguata. (...)" (inc. AI pag. 1011) 2.6.2. Neurologicamente non è stata riscontrata dal dr. med. \_\_\_\_\_ alcuna inabilità lavorativa (cfr. rapporto 19 agosto 2020 allegato alla perizia). Al riguardo i periti del \_\_\_\_\_ hanno rilevato: " (...) In quest'ambito l'A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_ che, dopo aver descritto l'anamnesi e lo stato clinico neurologico dettagliato, descrive che ci si trova confrontati con un'A. che, ormai da una decina d'anni, soffre di dolori all'emicorpo ds., peggiorati nel corso degli anni 2018 e 2019, sospettando una componente radicolare L5 a ds. L'A. è stata pertanto sottoposta ad un intervento di stabilizzazione e discectomia L5-S1, senza però che si sia ottenuto un

miglioramento significativo della situazione algica, che persiste soggettivamente molto limitante e, anzi, in peggioramento generale. Dal punto di vista aggettivo clinico invece, dal punto di vista neurologico, non si trovano deficit riferibili ad una lesione delle strutture nervose centrali o periferiche. Sulla base di queste constatazioni, il nostro consulente valuta fattuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista neurologico, nella misura del 100%, sia nell'attività abituale che in altre attività. (...)” (inc. AI pag. 1011-1012) Sono state poi escluse altre inabilità lavorativa dal punto di vista internistico (pag. 1012). Il rapporto medico non datato del dr \_\_\_\_\_ allegato al ricorso non apporta nuovi elementi, avendo egli rilevato le problematiche alla colonna vertebrale già evidenziate nella perizia SAM. 2.6.3. L’aspetto psichiatrico nella perizia \_\_\_\_\_ è stato riassunto come segue: “ (...) In quest’ambito l’A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. \_\_\_\_\_ che, dopo aver descritto l’anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, descrive la presenza, con ripercussione sulla capacità lavorativa, di una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità e di una sindrome somatoforme da dolore persistente. L’A. ricorda, dal punto di vista psichiatrico, di essersi recata, nel 2012 e per un paio di visite specialistiche, presso lo psichiatra Dr. med. \_\_\_\_\_. Ancora nel 2016, in concomitanza con la morte del fratello, si sarebbe recata ancora dal Dr. med. \_\_\_\_\_, ma solo in un’unica occasione. Di fatto riferisce di non sentirne il bisogno. L’A. ricorda di essere stata incompresa ed a tratti ha percepito l’ostilità di chi non dava peso alle sue lamentele all’epoca dell’infortunio: avrebbe sviluppato in quel periodo parecchia rabbia e timori per il futuro. In seguito, grazie sia al riconoscimento della sua problematica, come anche alla riapertura del caso, aveva ritrovato serenità, fiducia nelle istituzioni, confidando che tutto si risolvesse al meglio. In seguito alla valutazione peritale ed alla valutazione da parte dell’Assicurazione Invalidità, nel 2018, dove non le veniva riconosciuta la rendita, l’A. ripiomba in uno stato d’ansia e timori, sviluppando in seguito sentimenti depressivi, di ineluttabilità ed inguaribilità. Viene richiesta la presa a carico specialistica da parte della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, da febbraio 2019. Le terapie si sono svolte in conformità al quadro clinico presentato ed hanno sortito solo un contenimento degli aspetti più acuti: permane una sintomatologia depressiva di fondo, con timori rispetto al futuro e risentimenti verso le istituzioni. Anche sul piano somatico, riferisce un peggioramento del dolore e delle limitazioni funzionali conseguenti. Progressivamente ai sentimenti di delusione e frustrazione, è subentrata una sintomatologia ansiosodepressiva che, nel frattempo, si è consolidata in una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità. Le caratteristiche personologiche rendono difficoltosa l’elaborazione della situazione che tende a cronicizzare. Sulla base di queste constatazioni, il nostro consulente ritiene che, a partire dalla presa a carico di febbraio 2019, vi è attualmente, dal punto di vista psichiatrico, un’incapacità lavorativa nella misura del 30%, sia nell’attività abituale, che in altre attività. (...)” (inc. AI pag. 1012) L’assicurata sostiene che non vi è alcuna spiegazione riguardo alla percentuale di abilità lavorativa indicata dai periti. Al riguardo va in primo luogo fatto presente che nel rapporto 13 ottobre 2020 (allegato alla perizia del \_\_\_\_\_) il dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver riportato un elenco degli atti, ha proceduto alla consueta anamnesi (disturbi soggettivi attuali riferiti dall’assicurata, descrizione della giornata, terapia psichiatrica) e ha esposto le constatazioni obiettive. Ha poi definito le diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F.331) e di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F.45.4). Lo specialista ha eseguito un’esaustiva valutazione medica e medico-assicurativa e risposto alle domande peritali. In merito alla riduzione della capacità lavorativa del 30%,

egli ha motivato come segue: “ il corteo sintomatologico interferisce in parte sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, con riduzione della capacità psichica e della resistenza, oltre che sulla motivazione, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi. La percezione del proprio cambiamento funzionale, si ripercuote negativamente sulle performance lavorative” (pag. 1074 inc. AI). La ricorrente sostiene inoltre che manca un esame approfondito dell’esigibilità della ripresa lavorativa. Al punto 8.3. “Provvedimenti sanitari e terapia con ripercussioni sulla capacità lavorativa” (pag. 1075 inc. AI), il dr. med. \_\_\_\_\_ ha risposto che ritiene importante “al fine di aiutare l’A ad elaborare la complessa situazione, che possa continuare il percorso psichiatrico integrato (farmacoterapia) per un tempo sufficientemente prolungato di almeno due anni” . Egli ritiene che questo percorso psichiatrico integrato migliori in misura rilevante la capacità lavorativa dell’assicurata (cfr. pag. 1076 inc. AI). Questo con evidenti ripercussioni sull’esigibilità di una ripresa lavorativa. Non va poi dimenticato che, come verrà detto nel prosieguo, con rapporto finale 15 febbraio 2021 il consulente IP, tenuto conto della perizia \_\_\_\_\_, ha ritenuto esigibili diverse attività lucrative. Il TCA rileva che, nell’ambito di una valutazione peritale psichiatrica di decorso, la capacità lavorativa di una persona assicurata dovrà essere valutata nell’ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l’esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C\_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). Nel caso concreto, il perito ha tenuto conto degli indicatori, elencati nell’incarico peritale al \_\_\_\_\_ da parte dell’Ufficio AI (doc. 220). Ne discende che la valutazione psichiatrica del dr. med. \_\_\_\_\_ va ritenuta chiara, completa, dettagliata e rispettosa dei più recenti dettami giurisprudenziali e perciò come tale va considerato concludente ai fini del giudizio sulla capacità lavorativa della ricorrente. Nulla muta il rapporto 1° marzo 2021 della psichiatra curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, già valutato dal SMR il 1° aprile 2021 (doc. 238). Nel citato scritto la curante non riporta diagnosi diverse da quelle poste dal perito, se ne distanzia solo nel ritenere la sua paziente inabile al 100% senza tuttavia confrontarsi con la dettagliata valutazione del perito psichiatra. Certo, preso atto della divergente valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, la curante ha proposto un periodo di osservazione presso il Centro \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Va al riguardo ricordato che spetta 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). Nel concreto, con rapporto 15 febbraio 2021 il consulente IP, tenuto conto della perizia \_\_\_\_\_, ha fra l’altro indicato le attività ritenute ancora esigibili, escludendo di fatto un’osservazione professionale (doc. 231). In queste circostanze, vista l’affidabilità della valutazione del dr. med. \_\_\_\_\_, alla quale va conferito valore probatorio pieno, non è necessario esperire un’ulteriore perizia psichiatrica come da richiesta della ricorrente. Al proposito va fatto presente che se l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione

anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.6.4. Dal punto di vista globale , come visto, i periti hanno ritenuto che le incapacità lavorative non devono essere sommate, integrandosi vicendevolmente con compensazioni reciproche, essendo tutte all'origine di riduzione del rendimento con rallentamento d'esecuzione e diminuita caricabilità. Di conseguenza, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del 1° febbraio 2021, confermata dal SMR (cfr. doc. 229) e alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), 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), il TCA ritiene 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 100% dal 26 giugno 2019 sino al 26 dicembre 2019 e successivamente durevolmente abile al 70% in tutte le attività. 2.7. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), il cui calcolo – rimasto incontestato – è stato esposto nella decisione impugnata. 2.7.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, 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.

#### **E. 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). Nel caso concreto, come già nella precedente decisione confermata dallo scrivente Tribunale, l'amministrazione ha correttamente e incontestatamente preso in considerazione i dati salarati statistici. In particolare ha desunto il salario partendo dalla tabella RSS TA1 Svizzera, stato 2018, categoria 96 (altre attività di servizi personali), attività semplici e ripetitive, donne, per quantificarlo in complessivi fr. 49'251.-- (adeguato al 2019), così

come risulta dal rapporto 15 febbraio 2021 del SIP (doc. 230). 2.7.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, esso 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). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TF ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). 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). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (cfr. DTF 134 V 322; STF 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel caso concreto, conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2018) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) per un salario mensile di fr. 4'202,84. Riportato tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa, il dato statistico corrisponde a fr. 55'161,76 per un impiego a tempo pieno. Considerata un'abilità del 70%, riconosciuta una riduzione del 10% per attività leggere (come nella precedente decisione), l'amministrazione ha correttamente definito il reddito da invalida in fr.

34'751,49 (cfr. rapporto 15 febbraio 2021 del consulente IP in doc. 230). 2.7.3. Dal raffronto dei redditi si ottiene un grado d'invalidità del 29% che non conferisce il diritto ad una rendita. Di conseguenza, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurata. Ne consegue che il ricorso dev'essere respinto. 2.8. 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). 2.9. 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], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. 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. STF U 102/04 del 20 settembre 2004). 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 quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, dal tenore della decisione apparivano chiari i motivi di un diniego di rendita. Rispetto alla STCA 32.2018.203 l'assicurata ha prodotto solo lo scarso rapporto del dr. Silva non idoneo a mettere validamente in discussione la valutazione medico-teorica posta a fondamento della pronunzia contestata. In simili condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere respinta.

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