

## **TI\_GERICHTE 32.2021.64 vom 23. März 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-03-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.64)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.64 du 23 mars 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.64 del 23 marzo 2021

### **Regeste**

Rendita temporanea d'invalidità.UAI si è basato su perizia reumatologica fatta esperire da ass.infortuni e valutazione di persona di SMR.Ass.non ha contestato con certificati medici i risultati,ma affermazioni soggettive.Licenziata.Infortunata.Disoccupata.Reddito da valida calcolato dati statistici

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo ( RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze

dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 9C\_168/2020 consid. 5.1; STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Ancora recentemente (STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.

#### **E. 4.4**

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). 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. (...)". 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). In merito ai rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto 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, a suo favore (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, 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). 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 -, trattandosi delle divergenze di opinione 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). 2.6. Nella presente fattispecie, chiamato a verificare se l'Ufficio AI abbia accuratamente vagliato le condizioni di salute dell'assicurata prima dell'emanazione della decisione impugnata, questo Tribunale conferma l'operato dell'amministrazione. Raccolti gli atti presso i curanti e l'assicuratore infortuni, il Servizio Medico Regionale, nelle persone del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_, quest'ultimo FMH in psichiatria e psicoterapia, ha visitato l'assicurata e ha allestito il rapporto del 13 dicembre 2019. In seguito, con

l'acquisizione della perizia reumatologica che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha reso il 14 marzo 2020 su mandato dell'assicuratore infortuni, l'11 maggio 2020 l'SMR ha completato e modificato il proprio rapporto finale e si è conformato alle diagnosi poste dallo specialista in reumatologia come pure ai gradi di incapacità lavorativa determinati dallo specialista. Infatti, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurata inabile in ragione del 66% nell'esercitare la sua precedente attività di ausiliaria di laboratorio/farmacia rispettivamente abile in misura totale nell'eseguire delle attività adeguate al suo stato di salute che rispettino le limitazioni funzionali e di carico stabilite dal perito. In particolare, la ricorrente non poteva sollevare pesi superiori a 10 kg, stare in piedi a lungo e camminare per lunghi tratti, mentre poteva svolgere attività lavorative più leggere, prevalentemente da seduta, con possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno e in attività rispettose di tali limiti l'assicurata risultava pienamente abile. La ricorrente non ha apportato documentazione specifica per contestare queste conclusioni, ma si è limitata ad affermare che la grave sindrome dolorosa regionale complessa le causa disturbi a livello somatico e psichico, che le affezioni somatiche sono cronicizzate e che non v'è alcuna possibilità di miglioramento. Le importanti dosi di medicinali che assume per contrastare il dolore danno luogo a implicazioni invalidanti. Le conseguenze di tutti questi disturbi si riverberano sul sonno, sulla stanchezza e sulla concentrazione. L'esistenza della CRPS (" Complex regional pain syndrome ") non è messa in dubbio dal Servizio Medico Regionale che, come ha sottolineato la stessa ricorrente, ne ha preso atto il 19 luglio 2019 (doc. 52) esaminando il referto del 21 gennaio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Anche nel suo rapporto di visita medica del 13 dicembre 2019 (doc. 58) il dr. \_\_\_\_\_ ha infatti menzionato la comparsa di questa sindrome, ormai cronicizzata, e l'ha posta fra le diagnosi. Lo stesso va detto del primo rapporto finale SMR che è seguito alcuni giorni dopo (doc. 60) come pure del secondo dell'11 maggio 2020 (doc. 67). In quest'ultimo, in particolare, il medico SMR si è fondato sulle conclusioni tratte dal perito che nel 2020 ha valutato lo stato di salute dell'assicurata per conto dell'assicuratore infortuni. Infatti, anche il dr. med. \_\_\_\_\_ era perfettamente al corrente della presenza di questa patologia, avendola anch'egli desunta chiaramente dai numerosi certificati medici dei curanti. D'avviso del TCA, non risulta pertanto corretta la critica della ricorrente, secondo cui l'Ufficio assicurazione invalidità non avrebbe compiutamente valutato il suo stato di salute e in particolare le conseguenze della sindrome dolorosa regionale complessa cronica diagnosticata nel gennaio 2019. L'esperto che nel marzo 2020 ha esaminato l'assicurata era perfettamente al corrente di questa patologia e per determinare la sua capacità lavorativa ha certamente valutato e considerato le relative conseguenze, come per le altre patologie che ha diagnosticato, quali delle gonalgie bilaterali, una periartropatia dell'anca destra, una sindrome lombospondilogenica cronica intermittente e una sindrome cervicovertebrale cronica. Queste ultime due davano luogo a disturbi statici della colonna vertebrale e del rachide, come pure a sbilancio muscolare. La circostanza che l'Ufficio AI si sia appoggiato alla valutazione peritale esperita in ambito infortunistico non inficia la validità delle conclusioni tratte dal reumatologo, visto che pareri medici contrari non sono stati prodotti. Nemmeno il fatto che lo specialista abbia catalogato le diagnosi poste in diagnosi reumatologiche non è in nesso di causalità con l'infortunio del 29 giugno 2017 porta ad avere dubbi sulla completezza e chiarezza del rapporto reso il 14 marzo 2020, non avendo tale catalogazione alcun influsso sulla determinazione della capacità lavorativa dell'assicurata. In effetti, proprio queste altre patologie, unitamente alla sindrome dolorosa regionale complessa, hanno portato lo specialista in reumatologia a stabilire dei limiti

funzionali e di carico, non potendo più l'assicurata sollevare pesi superiori a 10 kg e mantenere la posizione eretta a lungo, come pure camminare in modo prolungato. Per questi motivi, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che, nell'attività di ausiliaria di laboratorio/farmacia, l'interessata aveva un impedimento di 2/3 nell'eseguire le diverse mansioni che le erano state affidate. Considerato però che l'assicurata era in grado di svolgere altre attività lavorative più leggere, prevalentemente da seduta, con possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno, senza dovere camminare a lungo e accovacciarsi, in tali attività essa poteva lavorare a tempo pieno con rendimento massimo. Ciò stante, la circostanza che la ricorrente deambuli con l'ausilio di stampelle non inficia la possibilità che essa possa comunque lavorare da seduta e che, al bisogno, assuma la posizione eretta in alternanza, come pure che eserciti un'attività che non richieda di percorrere lunghi tragitti. A ben guardare, altri elementi clinici non sono stati apportati dalla ricorrente a comprova della sua tesi e, soprattutto, del fatto che la sua inabilità lavorativa sarebbe di almeno il 30-40%. Tale percentuale è stata stabilita semplicemente arbitrariamente e soggettivamente, visto che nessun referto medico la conferma. Semmai, vi sono agli atti alcuni certificati medici che attestano un'inabilità lavorativa del 100% e l'ultimo noto la certifica dal 13 agosto al 13 ottobre 2019 (doc. 211). Tuttavia, la scrivente Corte osserva che la lettera ambulatoriale dell'11 luglio 2019 (doc. 201) con cui, fra le altre cose, il chirurgo ha prolungato l'inabilità lavorativa dell'assicurata al 100% fino alla metà di ottobre, specifica chiaramente che " La paziente è ancora inabile al lavoro al 100% come decoratrice. ". Nessun medico curante si è dunque espresso sulla possibilità, per la ricorrente, di mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua in altre attività lucrative. Non va ora dimenticato che 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 LPGA) e che è la perdita di guadagno stabilita nell'esercitare un'altra attività adeguata sfruttando la capacità lavorativa residua che determina il diritto a una rendita di invalidità. Solo l'esperto interpellato dall'assicuratore infortuni ha valutato lo stato di salute dell'insorgente nello svolgimento sia dell'attività da ultimo esercitata di ausiliaria di farmacia sia in altre attività adeguate alle sue condizioni di salute, fermo restando dei limiti funzionali e di carico che lo stesso reumatologo ha individuato a causa delle patologie somatiche riscontrate durante la visita personale dell'assicurata. Nemmeno vi sono elementi clinici per riconoscere la presenza di un disturbo psichico. Non solo il dottor \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, che l'ha visitata di persona il 13 dicembre 2019, non ha riscontrato alcuna diagnosi psichiatrica maggiore, ma nemmeno l'interessata stessa ha mai prodotto, né in sede di istruttoria amministrativa né davanti a questo TCA, dei referti medici attestanti un disturbo psichico comportante l'impossibilità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa. Nel rapporto del 13 dicembre 2019 il Servizio Medico Regionale ha evidenziato che l'assicurata era seguita da una psicologa una volta alla settimana, che non assumeva medicinali specifici e che non v'era una presa a carico medico psichiatrica. Le larvate idee di riferimento alla sua condizione somatica non erano di una gravità tale, secondo lo psichiatra dell'SMR, da giustificare di per sé una diagnosi psichiatrica maggiore rispettivamente delle limitazioni presenti o pregresse di tipo psichiatrico in qualsiasi attività adeguata. La circostanza che, riscontrando una palese assenza di una patologia psichiatrica, il dr. med. \_\_\_\_\_ non abbia allestito una valutazione conforme ai dettami giurisprudenziali in materia, non inficia, nel caso di specie, la portata delle sue conclusioni, che per di più sono state contraddette unicamente da affermazioni di carattere puramente soggettivo. Al riguardo occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è

incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime STCA 32.2021.24 del 31 maggio 2021; STCA 32.2021.10 del 22 marzo 2021; STCA 32.2020.51 del 29 ottobre 2020; STCA 32.2020.31 del 15 ottobre 2020). Anche per questo motivo, alla valutazione del dottor \_\_\_\_\_ va riconosciuto pieno valore probatorio e le sue conclusioni, chiare, dettagliate e complete, non contestate da altri esperti in materia, vanno poste alla base del presente giudizio. La circostanza che la valutazione peritale sia stata in specie allestita per conto dell'assicuratore infortuni non inficia la sua validità in ambito di assicurazione invalidità, considerato che per determinare il grado di capacità lavorativa residua, e i limiti funzionali, lo specialista ha considerato sia le patologie in nesso di causalità con la caduta dalle scale sia quelle non conseguenti a tale infortunio. Non vi sono in effetti elementi oggettivi tali per scostarsi dalle considerazioni e dalle conclusioni che il Servizio Medico Regionale ha tratto il 13 e il 17 dicembre 2019, l'11 maggio 2020 e nell'annotazione del 3 novembre 2020 sulle condizioni di salute dell'assicurata sia dal profilo somatico sia psichico. Essendo convincenti e non sufficientemente contestate dalla ricorrente, che non ha suffragato la sua tesi con dei validi certificati medici che attestano una situazione clinica peggiore, le considerazioni dei dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ vanno pertanto fatte proprie dal Tribunale. Sulla scorta di queste considerazioni, per il TCA le affermazioni dell'insorgente su una sua peggiore situazione clinica rispetto a quella accertata dall'Ufficio AI rimangono quindi una mera ipotesi di carattere soggettivo, che non va perciò indagata ulteriormente, peraltro siccome nemmeno comprovata da un qualsiasi referto medico. Dopo avere esaminato l'intera documentazione medica a disposizione, una nuova valutazione dello stato di salute della ricorrente, così come da essa esplicitamente richiesta non ritenendo completi gli accertamenti esperiti dall'Ufficio AI, non è perciò affatto necessaria. Infatti, si deve ritenere che i referti a disposizione del Tribunale siano già completi, sufficientemente dettagliati e chiari per definire lo stato dell'assicurata, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). 2.7. Quanto alle conseguenze economiche del danno alla salute della ricorrente, l'amministrazione ha

calcolato la perdita di guadagno che si avrebbe con una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate. Il reddito da valida di Fr. 55'161,09 annui stabilito dal Servizio ispettorato sulla base dei dati statistici aggiornati al 2019, poiché l'ultima attività di ausiliaria di farmacia è stata interrotta per fattori estranei al danno alla salute (doc. 93), è stato paragonato al reddito da invalida di pari importo determinato sempre sulla base dei dati statistici del 2018, aggiornati al 2019, per quanto concerne le attività semplici e ripetitive. Diminuito poi del 5% per tenere conto della limitazione di svolgere attività leggere, dal reddito ipotetico da invalida risultante di Fr. 52'403,04 è scaturito un grado AI del 5% ([Fr. 55'161,09 - Fr. 52'403,04] : Fr. 55'161,09 x 100). L'insorgente ha contestato il reddito da valida, essendo inferiore a quello che essa avrebbe potuto percepire se il danno alla salute non l'avesse colpita. Infatti, l'assicurata va considerata come assistente di farmacia e non ausiliaria di farmacia, non esistendo quest'ultima professione in Svizzera. Inoltre, le attività che essa ha svolto in seno alla farmacia erano poi tipicamente da assistente di farmacia e quindi il suo reddito da valida va ritenuto in almeno Fr. 58'044.- annui (Fr. 4'464,95 per 13 mensilità). Se si tiene poi conto della conoscenza della lingua tedesca, vanno aggiunti Fr. 150.- al mese, per un salario annuo di Fr. 59'994.-. La ricorrente ha criticato anche il reddito da invalida considerato dall'amministrazione, siccome il dato statistico si riferisce al settore maschile, mentre per le donne va ritenuto un reddito annuo di Fr. 49'140.-, a cui va applicata una riduzione sociale del 15%, ovvero una decurtazione del 10% per tenere debitamente conto degli impedimenti gravi e multifattoriali legati al danno alla salute che le impongono di potere esercitare unicamente attività molto leggere e protette in posizione quasi esclusivamente seduta. A ciò va aggiunta una riduzione del 5% legata a contingenze particolari, quali la necessità di sopportare i dolori, l'impossibilità di mettere a frutto la formazione acquisita, ecc. 2.8. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da

non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C\_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C\_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4 [denominato ora livello di competenze 1]) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui ( Rumo-Jungo , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin , Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “ Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen ”; Doudin , La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, in: SZS 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d'idee, il Tribunale federale ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche ( Omlin , op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA U 871/02 del 20 aprile 2004, consid. 3; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Va infine rilevato che, per giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). Da ultimo, va ricordato che la determinazione del grado

AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; egli valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.).

2.9. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valida), come ricordato nella STF 9C\_151/2020 del 5 maggio 2020 al considerando 6.1, decisivo non è il guadagno realizzato nell'ultima attività svolta, bensì il reddito che la persona assicurata conseguirebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse diventata invalida. Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 144 I 103 consid. 5.3; DTF 134 V 322 consid. 4.1), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (RAMI 2000 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Nella citata STF 9C\_151/2020 il Tribunale federale ha inoltre evidenziato che nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, in circostanze particolari ci si può scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dalla Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C\_329/2014 del 1° luglio 2014 consid. 5.2).

2.10. Dagli atti risulta che da ultimo, dal 20 giugno 2015 al 30 giugno 2017, la ricorrente ha lavorato alle dipendenze di una Farmacia a \_\_\_\_\_ come ausiliaria di farmacia/laboratorio e che a causa di disguidi con una collega è stata licenziata con effetto al 30 giugno 2017 (doc. 25). L'ultimo giorno di lavoro è stato il 28 giugno e il giorno seguente l'interessata si è infortunata. A tale proposito, il TCA segnala che anche in un caso ticinese in ambito di indennità giornaliera in caso di malattia, l'Alta Corte ha stabilito il 4 luglio 2017 (STF 9C\_81/2017 e 9C\_92/2017) il principio che, essendo rimasto senza lavoro per motivi estranei alle sue condizioni di salute, per determinare il reddito da valido ci si deve basare sui dati statistici del settore e non sull'ultimo salario percepito

dall'assicurato: " 7.3. B. non può pretendere il reddito da valido (su tale nozione cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti) che percepiva dalla ditta C., considerato che dagli accertamenti del Tribunale cantonale è emerso che egli era stato licenziato il 30 novembre 2012 con effetto al 31 dicembre 2012. Questo significa che indipendente dal danno alla salute B. non avrebbe più percepito un reddito dalla ditta C. Vista la sua lunga esperienza quale gessatore la Corte cantonale, come del resto la A. SA, potevano ragionevolmente presumere che egli avrebbe continuato l'attività di gessatore. Per questo motivo l'importo di fr. 68'281.22 ritenuto dal Tribunale cantonale in applicazione dei dati statistici relativi al ramo costruzione, peraltro non contestato dalla A. SA, merita conferma." Nel caso concreto, quando è insorto il danno alla salute l'assicurata non lavorava più. Con il licenziamento, l'insorgente si è quindi trovata nella medesima situazione di un assicurato che ha perso il posto di lavoro non per motivi dovuti alla sua invalidità e non l'avrebbe di conseguenza conservato neppure senza il danno alla salute. Anche se fosse stata sana, la ricorrente non avrebbe quindi più potuto essere attiva in quel posto di lavoro, perciò l'accertamento del reddito senza invalidità non può effettuarsi sulla base del salario; l'assicurata non avrebbe più potuto percepire lo stipendio versato dal datore di lavoro e ciò indipendentemente dal danno alla salute. Ci si dovrebbe pertanto basare sui dati statistici salariali in quel settore (STF 8C\_934/2015 del 9 maggio 2016 consid. 2.2 e 4.2; STF 9C\_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.3.2; STFA I 792/05 del 15 marzo 2016 consid. 3.3; STCA 36.2016.106 del 21 dicembre 2016 confermata dalla STF 9C\_81/2017 e 9C\_92/2017 del 4 luglio 2017; STCA 32.2019.118 del 27 aprile 2020). Tuttavia, nell'evenienza concreta, considerato che l'assicurata ha lavorato quale ausiliaria di farmacia/laboratorio soltanto negli ultimi due anni prima dell'infortunio e che, benché di formazione decoratrice ed espositrice, prima del 2015 ha svolto altre attività, quale venditrice presso alcuni negozi e governante per una ditta di pulizie, alternando dei periodi di disoccupazione, l'Ufficio AI ha ritenuto di considerare i dati statistici generali riferiti a una attività semplice di tipo fisico o manuale, non potendo l'assicurata ambire a impieghi maggiormente qualificati (doc. 63). D'avviso del TCA, l'amministrazione ha correttamente adottato questa soluzione, essendo più rappresentativa dell'iter lavorativo della ricorrente. Per certo, essa non può essere considerata quale assistente di farmacia, perché non ha ottenuto un attestato federale di capacità in tale ambito intraprendendo la relativa specifica formazione, ma ha lavorato in una farmacia soltanto per un paio d'anni. Poco importa se, a prima vista, la descrizione della sua giornata corrisponde, come sostenuto dall'interessata, ai compiti di una assistente di farmacia diplomata. Di formazione l'assicurata è decoratrice ed espositrice, professione che ha appreso nel 1993 e che nulla ha a che vedere con quella che ha da ultimo esercitato dal 2015 al 2017. Peraltro, la stessa assicurata si è definita nel formulario di richiesta di prestazioni AI ausiliaria di farmacia/laboratorio e tale è stata pure la descrizione della sua funzione da parte del datore di lavoro nel questionario per il datore di lavoro. La pretesa ricorsuale di calcolare il reddito da valida sulla base di un reddito mensile di Fr. 4'464,95 conseguibile nella categoria degli assistenti di farmacia, per 13 mensilità, non può pertanto essere accolta. Per gli stessi motivi, non può essere accordato il supplemento di Fr. 150.- al mese per le conoscenze della lingua tedesca. Seppure aggiornando al 2020 il salario mensile conseguito dalla ricorrente nel 2017 di Fr. 4'350.- per 13 mensilità (doc. 25) si ottiene un reddito mensile di Fr. 4'468,29 (+ 0,6% nel 2018 + 0,4% nel 2019 + 1,7% per il 2020), ovvero annuo di Fr. 56'550.-, ad ogni buon conto questo reddito non può essere ritenuto, sia poiché non è rappresentativo dei suoi guadagni annui sia poiché occorre in specie basarsi sui dati statistici. Di conseguenza, per il 2020, anno di

eventuale (continuazione del) diritto alla rendita (DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), dai dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2018\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; DTF 142 V 178) pubblicata il 21 aprile 2020, si osserva che il salario lordo mediamente percepito nel 2018 dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C\_632/2015) per 40 ore settimanali corrisponde a un importo di Fr. 52'452.- (Fr. 4'371 x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurata dovrebbe (continuare a) ricevere la rendita (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per le donne che partendo dal dato del 2018 il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2019 a Fr. 52'976,52 (+ 1%) e nel 2020 a Fr. 53'453,30 (Fr. 52'976,52 + 0,9%) (cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2020, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/evoluzione-salari.assetdetail.255182.html>; STF 8C\_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questo dato si riferisce, però, a un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora questa cifra su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2020 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2020: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/tedmps-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.assetdetail.2967269.html>), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna è di Fr. 55'725,07 (Fr. 53'453,30 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Al riguardo il TCA evidenzia che l'Ufficio AI ha determinato il reddito ipotetico da valida per il 2018 in Fr. 55'063,53 e in Fr. 55'161,09 nel 2019, osservando che "la cifra sopraindicata sia in linea con l'importo massimo di CHF 56'581.- (2016) che l'assicurata ha percepito durante tutta la sua carriera contributiva (v. estratto del conto individuale)." (doc. 63).

2.11. Per quanto concerne il reddito da invalida, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn"). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, editate 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). A giusta ragione la ricorrente ha contestato il reddito da invalida. Come per la determinazione del reddito ipotetico da valida, occorre fondarsi sulla stessa tabella TA1 2018\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) e ritenere che il salario lordo mediamente percepito nel 2018 dalle donne, e non dagli uomini come ha erratamente

concluso l'Ufficio AI, per un'attività semplice di tipo fisico o manuale per 40 ore settimanali ammonta a Fr. 52'452.- (Fr. 4'371 x 12 mesi). Adattato all'evoluzione dei salari nominali si ha nel 2020 un reddito di Fr. 53'442,59 (Fr. 52'452 : 105,9 x 107,9) (cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2020) che, riportato su un orario medio di lavoro settimanale di 41,7 ore, dà un salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per una donna di Fr. 55'713,90 . 2.12. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. L'Alta Corte, con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014, ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nelle STF 8C\_730/2019, 8C\_765/2019 e 8C\_9/2020, tutte del 10 giugno 2020 e concernenti casi ticinesi, il Tribunale federale ha ribadito al considerando 4.4.1 che se un reddito da invalido è stabilito in base ai dati statistici, bisogna chiedere se tale ammontare non debba subire una riduzione. L'influsso di tutti i fattori sul reddito (limitazioni relative al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità/tipo di permesso di residenza e grado di occupazione) deve essere valutato nel suo insieme considerando tutte le circostanze del caso concreto, facendo corretto uso del proprio potere di apprezzamento, senza che occorra procedere a una quantificazione separata di ogni fattore di riduzione. In ogni caso, la riduzione non deve superare il 25% (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; 134 V 322 consid. 5.2 pag. 327 seg.; 126 V 75 consid. 5b/bb pag. 80). Inoltre il TF (cfr. consid. 4.4.3), riferendosi all'art. 57 LPGa, ha ricordato che il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire semplicemente il suo apprezzamento a quello dell'autorità amministrativa; egli deve appoggiarsi sulle circostanze che sono di natura a dimostrare il proprio apprezzamento come il più appropriato (DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 con riferimento). Soprattutto, l'Alta Corte ha osservato quanto segue: "

#### **E. 4.4.4**

Una riduzione del reddito da invalido può essere applicata soltanto se nel caso concreto sussistono elementi a sostegno della circostanza che la persona assicurata a causa dell'uno o dell'altro criterio (o di più criteri) non può sfruttare professionalmente in un mercato equilibrato del lavoro se non in maniera inferiore alla media la sua restante e limitata capacità lavorativa (DTF 135 V 297 consid. 5.2 pag. 301; sentenza 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.2.2 con riferimento). Occorre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C\_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C\_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti). Il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali (sentenze 8C\_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C\_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2).". 2.13. Nell'evenienza concreta, la ricorrente non comprova né pretende in alcun modo che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Pertanto, l'aumento della deduzione dal reddito da invalida, basato esclusivamente sulle limitazioni derivanti dal danno alla salute, non può essere in concreto concessa (cfr. citate STF 8C\_730/2019, 8C\_765/2019 e 8C\_9/2000, consid. 4). La ricorrente è infatti in grado comunque di svolgere delle attività semplici contemplate dai settori della produzione e dei servizi previste nella Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di competenze 1, visto che un numero significativo di queste attività sono di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare seduta in posizione alternata. Le limitazioni funzionali permettono di eseguire mansioni non qualificate, semplici e ripetitive, quali quelle individuate dal consulente in integrazione professionale, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione. Inoltre, considerato che la capacità lavorativa del 100% in attività adeguate tiene già conto della limitazione, per la ricorrente, di potere sollevare pesi soltanto fino a 10 kg, non è dunque possibile accordare una deduzione per attività leggere come effettuato dall'amministrazione. 2.14. In virtù delle considerazioni esposte e di una valutazione complessiva della situazione, eccezionalmente il Tribunale non può allinearsi alla riduzione dal reddito statistico da invalida per motivi personali che l'amministrazione ha stabilito nel 5% per attività leggere e che l'insorgente ha preteso di aumentare al 10%, oltre a procedere ad ulteriori riduzioni del 5% per altri fattori di riduzione. 2.15. Da quanto precede discende che il reddito statistico ipotetico da invalida rivalutato ammontante nel 2020 a Fr. 55'713,90 per un'attività adeguata esigibile al 100% va confrontato con l'ammontare di Fr. 55'725,07 corrispondente al reddito (ipotetico) da valida che l'assicurata avrebbe potuto conseguire nell'anno 2020 in attività semplici e ripetitive al 100% senza il danno alla salute, per ottenere una perdita di guadagno dello 0% ([Fr. 55'725,07 - Fr. 55'713,90] : Fr. 55'725,07 x 100). Questo grado di invalidità non dà diritto all'assicurata a una rendita di invalidità dal 1° marzo 2020, essendo inferiore al grado pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). Anche mantenendo la riduzione del 5% operata dall'Ufficio AI oppure accogliendo la pretesa ricorsuale di adottare una riduzione del 15%

per motivi personali, il risultato comunque non muterebbe. Il ricorso è di conseguenza respinto e la decisione di attribuzione di una rendita di invalidità temporanea dal 1° giugno 2018 al 29 febbraio 2020, stante una capacità lavorativa residua del 100% dal 1° dicembre 2019, va confermata. 2.16. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1bis LAI 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 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.

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