

## **TI\_GERICHTE 32.2009.222 vom 5. November 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-11-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.222)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.222 du 5 novembre 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.222 del 5 novembre 2009

### **Regeste**

Diniego di prestazioni. Conferma delle perizie mediche (psichiatrica e reumatologica) e della valutazione economica in corretta applicazione del metodo misto

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ore al giorno. 2.5 E' presente inoltre una diminuzione della capacità di lavoro? No. 2.6 Se sì, in che misura? 2.7 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro dal lato medico di. almeno il 20%? Del 50 % almeno dal dicembre 2005. a.

Quale è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro?

Personalmente riterrei il 50 % da allora. C- Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1-

E possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti?

No. 1.1 Se sì, la preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione 1.2 Se no preghiamo di

motivare Dal punto di vista reumatologico non esistono provvedimenti che possano

migliorare la capacità lavorativa. 2- E possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto

di lavoro attuale? No. 2.1 se sì con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti

medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro)? a. Secondo lei che effetti hanno

questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? 3- L'assicurato è in grado di svolgere altre

attività? Sì. 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista

medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? Dal punto

di vista puramente reumatologico in un'attività leggera, dove non debba sollevare

ripetutamente pesi superiori ai 10 kg, dove può cambiare regolarmente postura, dove non

debba lavorare in anteflessione o effettuare ripetute rotazioni del tronco, la paziente è abile

in misura dell' 80 %. 3.2 In che misura si possono svolgere attività consone alle

menomazioni (ore al giorno)?

#### **E. 8**

ore al giorno, è presente una riduzione della capacità di lavoro su 8 ore del 20%. 3.3 E

presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro? Sì. 3.4 Se sì in che misura? Del 20

%. 3.5 Qualora non siano possibili altre attività: per quali motivi? Osservazioni altre

domande L'inabilità lavorativa da me attestata è puramente reumatologica, personalmente

mi sembra che però il problema maggiore sia a livello psichiatrico. Questa mia visione è

d'altronde confermata dai medici curanti, in particolare dopo la degenza della Clinica

d'\_\_\_\_\_, ed anche nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_. (...)" (doc. AI 44/10-12) Il dr.

\_\_\_\_\_, direttore del \_\_\_\_\_ e FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia 15

gennaio 2009 (doc. AI 49/1-11) – posta la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità

lavorativa: "(...) sindrome mista ansioso depressiva (F41.2) – s indrome somatoforme da

dolore persistente (F45.4) (...)" (doc. AI 49/7) e dopo aver esposto dettagliatamente e

ampiamente le ragioni per le quali, pur ponendo la medesima diagnosi dello psichiatra

curante, esprime un giudizio di minore gravità rispetto alla condizione depressiva – ha espresso la seguente valutazione: " (...) B. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1. Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta Riassumendo quanto sopra. Non siamo in presenza di un quadro di comorbidità tra disturbo somatoforme e altra patologia psichiatrica maggiore. La depressione in senso stretto, clinicamente parlando, non è grave, spiegandosi molti sintomi con il quadro tipico del disturbo somatoforme. Il conflitto intrapsichico sottostante non sembra ancora cristallizzato, perché fino ad ora l'A è rimasta in una situazione che garantisce vantaggi secondari. Ha il beneficio del nuovo ruolo di malata, che le consente di non fare più la donna delle pulizie e di vincolare a sé i famigliari. Sul piano emotivo ottiene supporto, aiuto e delega tutte le responsabilità. Sul piano economico ha fatto domanda di invalidità dopo un anno di malattia e spera di essere indennizzata, anche per compensare ciò che l'assicurazione malattia non le ha riconosciuto. Quindi, prima di parlare di stato psichico cristallizzato, ritengo si debba avere la possibilità di vedere come evolverà il caso, dopo che l'A avrà definitivamente abbandonato la prospettiva di risarcimento tramite una rendita e dopo aver fatto un intervento psicoeducativo sui famigliari. Le cure psichiatriche finora effettuate sono state adeguate e vanno continuate, ma durano da poco tempo (da fine gennaio 2008). Per questo non si può parlare di uno stato psichico invariato, che dura da molti anni, senza cambiamenti nonostante le cure specialistiche. Non mi sembra che vi sia neppure una grave comorbidità di tipo somatico, come apprendo leggendo la perizia del reumatologo ed i rapporti medici agli atti. L'unico aspetto che risulta evidente e significativo è l'imponente ritiro sociale, con abbandono degli interessi e delle frequentazioni extra familiari. Ad ogni modo, se opportunamente stimolata, la signora riesce ad andare a frequentare il centro diurno e si può far leva sull'alleanza dei famigliari per superare l'evitamento dei rapporti sociali. Solo per quest'ultimo problema riconosco un'inabilità globale al 20% per motivi prettamente psichiatrici, nell'ultimo lavoro svolto ed in ogni altra attività lucrativa. 2. Periodi di Inabilità lavorativa accertabili Questa inabilità per ragioni psichiatriche va considerata dall'esordio della malattia somatoforme fino ad oggi e continua. 3. Capacità di lavoro come casalinga Non vedo limiti effettivi per ragioni psichiatriche come casalinga. Il comportamento delegante, passivo e ricattatorio della signora verso i suoi famigliari va contrastato e non rappresenta un fattore pertinente per riconoscere qualsivoglia invalidità come casalinga. Nei lavori di casa è abile al 100%, senza limiti per cause psichiche. C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 1. Indicazioni mediche per interventi di integrazione Non entrano in considerazione. Essendo ancora legata alla prospettiva di riconoscimento e di rendita, la signora boicotterebbe qualsiasi intervento di integrazione. 2. Possibilità di migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale Non vi è un datore di lavoro 3. Capacità di lavoro per altre attività Il limite del 20%, dovuto alla difficoltà a relazionarsi in un eventuale posto di lavoro ed alle tendenze regressive, riguarda genericamente qualsiasi attività adeguata per formazione e condizioni di salute somatica. D. OSSERVAZIONI Trattandosi di un limite che riguarda il medesimo problema evidenziato dal reumatologo, non ritengo cumulabile l'inabilità psichiatrica a quella reumatologica. (...)" (doc. AI 49/9-10) Il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 19 gennaio 2009 (doc. AI 53/1-3), viste le risultanze peritali, ha poi concluso per una capacità lavorativa del 50% nella sua attività abituale e dell'80% in un'attività adeguata dal dicembre 2005. 2.11. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal

paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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. (...)" (cfr. STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che un rapporto del SMR ha lo stesso valore di una perizia amministrativa, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.12. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, nelle

rispettive perizie (reumatologica) del 12 novembre 2008 e (psichiatrica) del 15 gennaio 2009. I periti hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla sua capacità lavorativa del 50% nella sua ultima attività esercitata di ausiliaria di pulizia e dell'80% in un'altra attività adeguata dal dicembre 2005. Per le medesime ragioni questo Tribunale deve fare proprie anche le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ che – nel rapporto 19 gennaio 2009 (doc. AI 53/1-3), viste le risultanze delle perizie – ha ritenuto un'incapacità lavorativa del 50% nella sua attività abituale e del 20% in un'attività adeguata dal dicembre 2005. Le dettagliate ed approfondite valutazioni peritali e le conclusioni del medico SMR non sono state del resto validamente smentite da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia e vice primario della Clinica \_\_\_\_\_ – al quale sono state trasmesse le perizie del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 46/1 e 50/1) – non ha contestato le valutazioni mediche sopra enunciate e nemmeno si è espresso in merito alle dettagliate e esaurienti ragioni per le quali il dr. \_\_\_\_\_ ha espresso un giudizio di minore gravità rispetto alla condizione depressiva (vedi il punto 6 della perizia 15 gennaio 2009 del \_\_\_\_\_ sub doc. AI 49/7-9). Inoltre, nel certificato 4 dicembre 2009 – precisando che “(...) nelle scorse settimane, in seguito alla comunicazione del parere negativo da parte dell'Ufficio dell'invaldità rispetto al riconoscimento di una rendita, la paziente ha presentato un forte peggioramento dello stato depressivo con insonnia, ruminazioni a stampo persecutorio ed ideazione suicidale. E' stata tentata una cura ambulatoriale con potenziamento della terapia neurolettica con Seroquel ma l'acuirsi delle tematiche anticonservative hanno suggerito un approccio residenziale. Per tale motivo è stato necessario un nuovo ricovero della paziente presso la Clinica \_\_\_\_\_ dal 30.11.2009 dove la stessa è a tutt'ora ricoverata. (...)” (doc. AI 60/11) –, il dr. \_\_\_\_\_ ha attestato un peggioramento della situazione valetudinaria successivo alla decisione impugnata. La data di emanazione della decisione impugnata (in casu, il 5 novembre 2009) segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 130 V 140 e 129 V 4). Secondo costante giurisprudenza federale, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (fra le tante cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Al riguardo il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 18 gennaio 2010, hanno in ogni caso concluso che “(...) il peggioramento del quadro clinico che non ha portato a porre una diagnosi diversa da quelle già definite in precedenza ha comportato un ricovero presso la clinica \_\_\_\_\_ dal 30.11.2009 per la comparsa di idee anticonservative, elementi clinici che già erano evidenziati e approfonditamente argomentati in corso di perizia. In conclusione la documentazione in esame non modifica le conclusioni a cui si era giunti in precedenza. (...)” (IV/Bis). Quanto ai certificati medici 1. febbraio 2010 firmato dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_, medico assistente presso la Clinica \_\_\_\_\_, e 2 febbraio 2010 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. B1 e B2 che attestano il decorso e l'attuale degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_), il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 15 febbraio 2010, hanno espresso la seguente valutazione: “(...) • dall'attuale documentazioni risultano invariate le diagnosi rispetto alle valutazioni precedenti • si conferma valutazione espressa nella nota 18.1.2010 •

attuale degenza posteriore decisione impugnata (...)” (VIII/1). Per quanto riguarda invece al certificato 17 marzo 2010 – nel quale il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ hanno attestato che “(...) la sintomatologia presentata dalla Signora RI 1 sebbene aggravatasi negli ultimi mesi con un peggioramento dell’apatia associata a ritiro sociale, irritabilità ed insonnia; era già esistente durante il precedente ricovero dal 28.03.2008 al 30.05.2008 e non è mai cessata. (...)” (X/Bis) – questo Tribunale rileva che la situazione presente al momento del primo ricovero dal 28.03.2008 al 30.05.2008 era ben conosciuta ad entrambi i periti, dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_, che l’hanno debitamente tenuta in considerazione nelle loro valutazioni. In particolare, lo si ribadisce, il dr. \_\_\_\_\_ ha fornito dettagliate ed esaurienti ragioni per le quali ha espresso un giudizio di minore gravità rispetto alla condizione depressiva (vedi il punto 6 della perizia 15 gennaio 2009 del \_\_\_\_\_ sub doc. AI 49/7-9) e il dr. \_\_\_\_\_ (pur avendone avuta la possibilità visto che la perizia 15 gennaio 2009 del \_\_\_\_\_ gli è stata trasmessa il giorno successivo; doc. AI 50/1) non ha osservato nulla al riguardo. Visto quanto precede, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni mediche sopra enunciate, è da ritenere dimostrato che l’assicurata, dal dicembre 2005 fino almeno al 5 novembre 2009 (data della decisione impugnata), è abile al lavoro nella misura del 50% nella sua attività abituale e dell’80% in un’altra attività adeguata. Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l’obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). La domanda volta all’allestimento di una perizia giudiziaria va pertanto disattesa. Va qui ricordato che, quando 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 non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungs-rechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all’art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va qui fatto presente all’assicurata che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell’assicurazione federale per l’invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.13. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell’assi-curata quale casalinga, l’Ufficio AI ha fatto esperire un’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica (doc. AI 55/1-7). Questo Tribunale rileva che, sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell’assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga,

l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 24% (doc. AI 55/7). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Questo Tribunale – considerato che l'insorgente non ha formulato alcuna contestazione e ricordato che in linea di massima e senza valide ragioni non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4,) – ritiene che alla valutazione dell'assistente sociale vada prestata piena adesione, ritenuto in particolare come essa abbia compiutamente valutato le difficoltà e l'esigibilità di ogni singola mansione. Va inoltre rilevato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Conforme alla giurisprudenza (DTF 130 V 97, STF I 126/07 del 6 agosto 2007) è del resto anche la presa in considerazione della ripartizione dei compiti all'interno della famiglia e quindi della collaborazione fornita nella gestione dell'economia domestica da parte dei familiari. 2.14. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a) , occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.14.1. Secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.2; STFA del 18 ottobre 2002 I 761/01, consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11; STFA I 26/02 del 9 agosto 2002, consid. 3.1), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2006 (visto che, come risulta dagli accertamenti medici esperiti, l'incapacità lavorativa di lunga durata è iniziata nel dicembre 2005). 2.14.2. Per quel che concerne il reddito da valido, il cui importo non è del resto stato contestato in sede di ricorso, l'Ufficio AI ha quantificato il reddito che l'assicurata avrebbe potuto percepire da sana nel 2006 in fr. 28'859.-- (cfr. doc. AI 59/2), conformemente a quanto indicato dal consulente in integrazione che si è basato sui dati forniti dagli ultimi datori di lavoro (doc. AI 57/2, 28/1 e 23/1). 2.14.3. Per quel che concerne il reddito da invalido, in assenza di dati salari ali va ricordato che 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 una 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 TFA 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, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). 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 (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel caso di specie, utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2006 una attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 50'277.69 (fr. 4'019.-- riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 3-2009, pag. 98] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2006 (con un grado di occupazione del 100%) quale ausiliaria di pulizia e collaboratrice domestica presso i suoi ultimi datori di lavoro (fr. 47'309.83, cfr. consid. 2.15.1: fr. 28'859.-- al 61%, cfr. consid. 2.9), è superiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore servizi personali (Tabella TA1 2006, p.to 93, livello di qualifica 4: fr. 3'309.-- riportato su 41.7 ore/settimana x 12 mesi; cfr. tabella B 9.2 pubblicata in *La vie économique* 3-2009, pag. 98 = fr. 41'395.59). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido conformemente alla giurisprudenza federale citata. Determinante per l'accertamento del reddito senza invalidità non è quanto

l'assicurato potrebbe ragionevolmente guadagnare in qualità di persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, bensì quanto egli ipoteticamente, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, guadagnerebbe senza danno alla salute (DTF 133 V 504 consid. 3.3 e Pra 1992 no. 224 pag. 877 consid. 4a). Conformemente alla giurisprudenza suenunciata – ritenuta una capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata – il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 40'222.15 ( 50'277.69 x 80% = 40'222.15). In conclusione, ritenuto che il reddito ipotetico da invalido di 40'222.15 è superiore al reddito da valido di fr. 28'859.-- (cfr. consid. 2.14.2), per la parte di salariata non sussiste alcuna limitazione. 2.14.4. Poste infine le quote parti di attività salariata (61%) e di casalinga (39%) (cfr. consid. 2.9) e ritenuta la limitazione del 24% quale casalinga (cfr. consid. 2.13) e dello 0% quale salariata (cfr. consid. 2.14.3), il grado d'invalidità globale è del 9.36% (61 x 0% + 39 x 24%). Inferiore alla soglia minima del 40% (cfr. consid. 2.4), il grado d'invalidità della ricorrente non apre il diritto ad una rendita di invalidità. Allo stesso risultato, grado d'invalidità non pensionabile, si giungerebbe infine con ogni verosimiglianza anche volendo aggiornare i dati salariali al 2009. Ritenuto il grado d'invalidità dello 9.36% e conformemente all'art. 17 LAI – invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (SVR 2010 IV Nr. 16; DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b) – a ragione l'Ufficio AI ha negato all'assicurata anche il diritto ad una riforma professionale. 2.15. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va quindi confermata. 2.16. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 200.-- sono poste a carico della ricorrente.

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