

TI_GERICHTE 32.2010.151 vom 30. April 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-04-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.151

FR: TI_GERICHTE 32.2010.151 du 30 avril 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.151 del 30 aprile 2010

Regeste

Assicurata salariata a tempo parziale. Metodo misto di calcolo dell'invalidità. Confronto dei redditi. Inchiesta per persone occupate nell'economia domestica

Erwägungen

E. 2

OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

E. 2.3

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de

l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). (...)." (STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, consid. 2.3)

E. 2.7

Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché – in simili condizioni – l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136; Duc, op. cit., pag. 1480, n. 224). A sua volta, l'art. 27 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " Per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità." L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Lausanne 1995, pag. 458; A. Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Basilea e Francoforte, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139; Valterio, op. cit., pag. 211). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro. 2.8. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI (cfr. art. 28 cpv. 2ter LAI in vigore fino al 31 dicembre 2007) secondo cui: " Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." Giusta l'art. 27bis OAI (cfr. art. 27bis cpv. 2 OAI nella versione in vigore sino al 31 dicembre 2003): " Quando si possa presumere che gli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge, senza

soffrire di un danno alla salute, eserciterebbero al momento dell'esame del loro diritto alla rendita un'attività lucrativa a tempo pieno, l'invalidità è valutata esclusivamente secondo i principi validi per le persone esercitanti un'attività lucrativa." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg. e STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita in DTF 133 V 504 e nella STF 9C_15/2007 del 25 luglio 2007. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. 2.9. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 5, pagg. 47-50 e 53; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pag. 190 segg.). Riguardo alla scelta del metodo di calcolo applicabile nei singoli casi, nella STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, il TFA ha stabilito che: "(...)

E. 2.10

Questo Tribunale rileva innanzitutto che giustamente l'Ufficio AI ha considerato la ricorrente quale persona esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale e, di conseguenza, ritenuta la ripartizione di salariata al 80% e casalinga al 20%, ha applicato il metodo misto per il calcolo dell'invalidità. Questa ripartizione, che si basa sui dati forniti dal datore di lavoro (doc. AI 12/1-3) e dall'assicurata nelle inchieste economiche per le persone che si occupano dell'economia domestica 22 settembre 2000 e 11 novembre 2008 (doc. AI 17/1-7 e 102/1-7), non è del resto stata contestata. 2.11. L'assicurata era stata posta al beneficio di una rendita intera dal 1° ottobre 1999 al 31 dicembre 2001 e di una mezza rendita dal 1° gennaio 2002 (doc. AI 52/1-4), sulla base delle seguenti emergenze. L'assistente sociale, sulla base degli accertamenti esperiti nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica 22 settembre 2000 (doc. AI 17/1-7), aveva stabilito una limitazione complessiva del 53%. Il dr. _____, FMH in medicina interna e reumatologia, nella perizia 20 settembre 2001 (doc. AI 32/1-12) – posta la diagnosi di “disturbo somatoforme del dolore con: dolori diffusi al carico, 3/5 segni di Waddel positivi, iposensibilità emicorpo sinistro – modica sindrome lombo-spondilogenica cronica su: turbe statiche (scoliosi sinistro destro convessa ed iperlordosi lombare), insufficienza muscolare –

modiche alterazioni degenerative (spondilartrosi da L2 a S1) – stato dopo M. di Scheuermann” (doc. AI 32/8-9) – , aveva riconosciuto l’assicurata abile al lavoro nella misura del 50% nella sua attività e del 100% in un’attività leggera adeguata osservando che “(...) ritengo altresì necessaria, prima di una riqualifica professionale, una perizia psichiatrica per escludere un problema psichiatrico maggiore come causa di questa sindrome somatoforme. Problema psichiatrico che potrebbe ritenere necessaria una maggiore inabilità lavorativa, rispetto alla mia attuale valutazione, che si basa unicamente su criteri reumatologici (...)” (doc. AI 32/12). La dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia 22 luglio 2002 (doc. AI 40/1-11 e 39/1-3) – posta la diagnosi di “sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4 dell’ICD 19) in struttura di personalità psicotica (F 60.9 dell’ICD 10)” (doc. AI 40/9) – , aveva poi espresso la seguente valutazione (e prognosi): " (...) Dai test di psicodiagnostica e dalla relazione transferale che l’assicurata riesce a stabilire con me durante i due incontri emerge un’inadeguatezza psichica e un’incongruenza affettiva con tendenza a confondersi con me. “Io so già tutto e non posso non sapere, è tutto chiaro, trasparente ...”. Intuizioni confabulatorie e costruzioni di una neorealtà con confusione tra lei e me persistente durante ambedue gli incontri. Disturbo di mentalizzazione, fuga dalla vita intrapsichica fantasmatica e dell’angoscia verso la somatizzazione della stessa, che conducono alla fissazione e all’impossibilità di elaborazione del dolore fisico che diventa il sintomo predominante. Il funzionamento mentale risulta di tipo fusionale compromette la percezione dei limiti e l’esame della realtà con inevitabile disfunzione dell’adattamento alla realtà in generale e a quella psicosociale in particolare, ma l’assicurata opera il diniego di tutto questo vissuto. A mio parere esiste una compromissione della capacità di adattamento psicosociale duratura di questa paziente per ragioni psichiatriche e somatiche che compromette la capacità lavorativa complessivamente del 50%, per ambedue problematiche sommate assieme. L’inaccessibilità di questa paziente alle cure psichiatriche e le somatizzazioni delle angosce fanno pensare alla cronicizzazione del quadro psicopatologico senza possibilità di ulteriori miglioramenti. Prognosi del caso: alquanto infausta. (...)” (doc. AI 40/10) Con decisione 15 gennaio 2003 (doc. AI 52/1-4) – applicate le incapacità lavorative alle rispettive quote (del 50% alla quota parte salariata dell’80% e del 53% a quella di casalinga del 20%) (vedi le motivazioni sub doc. AI 50/1-2) – l’Ufficio AI aveva quindi riconosciuto all’assicurata il diritto ad una rendita intera dal 1. ottobre 1999 e ad una mezza rendita dal 1. gennaio 2002.

2.12. Al considerando precedente sono state espone le circostanze che giustificarono, all’epoca, l’assegnazione di prestazioni all’assicurata. In tale contesto, va rilevato che il TCA deve situarsi al mese di aprile 2010 (momento in cui è stata emanata la decisione impugnata) e valutare se, nel frattempo, le condizioni di salute dell’assicurata hanno subito un miglioramento tale da giustificare la riduzione del diritto alla mezza rendita.

2.13. L’Ufficio AI, conformemente a quanto indicato da questo Tribunale nella sentenza 27 marzo 2007 (doc. AI 83/1-16) e nell’ambito della revisione intrapresa nell’agosto 2004 (doc. AI 55/1-2), ha predisposto una perizia psichiatrica ed effettuato i necessari accertamenti per stabilire l’aspetto reumatologico. Il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia psichiatrica 31 luglio 2007 (doc. AI 89/1-12) ha posto la diagnosi di “(...) secondo ICD 10: F 33.0 sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve – F 45.4 disturbo somatoforme da dolore persistente – F 68.2 altre modificazioni durature della personalità. Disturbo duraturo della personalità da dolore cronico – Anemia ferripriva (dagli atti della dr.ssa _____) (...)” (doc. AI 89/6) e, nella valutazione e prognosi, ha concluso che “(...) riteniamo che la peritanda potrà, mantenendo una dimensione identitaria

in seno alla famiglia, e potendo affermare il suo contributo con i figli, coi quali sembra essere in ottimi rapporti, riuscire ad impegnarsi in lavori semplici e non pesanti, nella misura del 50%. Appare altamente improbabile un coinvolgimento professionale maggiore, così come una risoluzione della sindrome dolorosa ritenendo che la modificazione di personalità intervenuta impedisca soluzioni definitive. (...)” (doc. AI 89/7-8). Lo stesso specialista, nel complemento peritale 5 ottobre 2007 (doc. AI 93/1-4), circa l’evoluzione dell’incapacità lavorativa, ha precisato che “(...) in conclusione consideriamo dagli atti, dall’esame clinico, dalle valutazioni: IL 100% da ottobre 1998 a dicembre 2001 – IL 50% da gennaio 2002 a marzo 2005 – IL 100% da aprile 2005 a maggio 2006 (considerazioni plausibili, non pienamente accertabili con scienza e coscienza, in sede di perizia) – IL 50% da giugno 2006 ad ora (...)” (doc. AI 93/3). Il dr. _____, medico internista-reumatologo presso il SMR, visto l’esame medico, nel rapporto 8 maggio 2008 (doc. AI 99/1-5) – posta la diagnosi principale di “(...) lombalgia cronica con irradiazione pseudoradicolare – cervicodorsalgia su alterazioni degenerative – discopatia degenerativa da L2 a S1 – stato dopo intervento per posizionamento PLIF L3-L4-L5 su degenerazione dischi intersomatici e stenosi canale spinale lombare e con ipertrofia faccette articolari con conseguenti stenosi foraminali bilaterali (24.04.2006) (...)” e quella ulteriore con influo sulla capacità lavorativa di “(...) sindrome ansiosodepressiva (...)” (doc: AI 99/1) – circa la capacità lavorativa ha rilevato che “(...) si stabilisce incapacità lavorativa del 50% su mezza giornata in attività lucrativa come cameriera ai piani. Incapacità lavorativa 50% su mezza giornata come aiuto cuoca. Capacità lavorativa del 100% in tutte le attività lucrative che rispettano i limiti sopraelencati. Incapacità lavorativa del 10% come casalinga. Le incapacità lavorative indicate sono esigibili dal giugno 2006 (dopo un mese di riabilitazione nel post intervento posizionamento di Plif). La capacità funzionale risulta stabile nel tempo dal 2006 ad oggi. L’assicurata non necessita di ausili ortopedici. (...)” (doc. AI 99/5).

2.14. 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 premorboso, 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 succitati 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). 2.15. 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 a cui sono giunti il dr. _____ e il dr. _____. Va qui innanzitutto rilevato che – dopo che la dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, aveva certificato lo sviluppo di ingravescenti sintomi depressivi compatibili con un episodio depressivo di gravità media (ICD-10 F32.1) (rapporto medico 9 gennaio 2006 indirizzato alla dr.ssa _____ sub doc. AI 77/18-19) e attestato un'inabilità lavorativa del 100% da gennaio 2005 (scritto 21 febbraio 2006 indirizzato all'avv. RA 1 sub. doc. AI 77/16) – il dr. _____, nella perizia psichiatrica 31 luglio 2007 (doc. AI 89/1-12), poste le diagnosi note, nella valutazione e prognosi ha in particolare osservato che “(...) prendiamo atto che la dr.ssa _____ ponga una diagnosi di episodio depressivo di media gravità in aprile 2005, periodo in cui comincia la sua presa a carico a livello psichiatrico. È plausibile che, in determinati periodi di sofferenza (la signora ha dichiarato che, in passato vedeva “un muro” davanti a sé) le difese abitualmente usate dalla donna non abbiano tenuto e abbia fatto irruzione una sintomatologia depressivo-ansiosa, anche di media gravità. Dobbiamo però notare che la peritanda stessa ha dichiarato di come la sua condizione fisica sia migliorata dopo l'intervento del dr. _____, accompagnata in pari tempo da un miglioramento del tono dell'umore; tale è apparsa ai colloqui avvenuti nello studio. [...] La perizia eseguita nel 2004 [ndr.: si intende la perizia del 2002 della dr.ssa _____; cfr. doc. 93/3 penultimo paragrafo] aveva concluso, oltre alla sindrome somatoforme da dolore persistente, che condividiamo, anche per una “struttura di personalità psicotica” F 60.9. La categoria ICD 10 F 60.9 è riservata al “Disturbo di personalità non altrimenti specificato; nevrosi di carattere non altrimenti

specificata. Personalità patologica non altrimenti specificata”. A nostro parere resta ben difficile definire una “struttura di personalità psicotica”, pur condividendo che la paziente metta in atto delle difese primitive. Riteniamo piuttosto che si sia sviluppato un disturbo di personalità, con disturbo di personalità ansioso (da evitamento) e dipendente, a partire dall’esperienza del dolore, per cui riteniamo più appropriata una diagnosi di “Altre modificazioni durature della personalità. Disturbo duraturo della personalità da dolore cronico” ICD 10 F 62.8. Riteniamo che la peritanda potrà, mantenendo una dimensione identitaria in seno alla famiglia, e potendo affermare il suo contributo con i figli, coi quali sembra essere in ottimi rapporti, riuscire ad impegnarsi in lavori semplici e non pesanti, nella misura del 50%. Appare altamente improbabile un coinvolgimento professionale maggiore, così come una risoluzione della sindrome dolorosa, ritenendo che la codificazione di personalità intervenuta impedisca soluzioni definitive. (...)” (doc. AI 89/7-8). Nel complemento peritale 5 ottobre 2007 (doc. AI 93/1-4), circa l’evoluzione della capacità lavorativa, il dr. _____ ha poi precisato che “(...) dalla perizia da noi compiuta si è giunti alla conclusione, dopo attenta valutazione, studio degli atti, impressioni cliniche, che per la paziente attualmente vada considerata una capacità lavorativa, dal punto di vista psichiatrico, del 50%, in linea peraltro con la perizia della dr.ssa _____ del 2002. Resta insoluta la questione del riportato aggravamento nel corso del 2005. Va fatto notare che la peritanda stessa ha affermato che il suo tono dell’umore sia migliorato decisamente dopo l’intervento effettuato presso l’_____ (ricovero dal 23 aprile al 6 maggio 2006, Neurochirurgia, alleghiamo fax agli atti). In scienza e coscienza non ci è possibile stabilire in maniera definitiva se nel corso del 2005 vi sia stato un peggioramento delle condizioni psichiche della paziente, non avendo potuto constatare allora, de visu, le sue condizioni, e considerando pareri diversi, pur se in tempi diversi (_____ nel 2003, _____ nel 2005-6). Va tenuto comunque conto che la stessa peritanda esprime una differente valutazione di se stessa prima e dopo l’intervento, assumendo quindi che effettivamente nel periodo antecedente l’intervento le sue condizioni psichiche fossero peggiori delle attuali. La valutazione della dr.ssa _____, pur non presentando tutti gli elementi diagnostici per un episodio depressivo di gravità media, è peraltro compatibile con la diagnosi, da noi posta, di sindrome depressiva ricorrente, la quale può comportare periodi di aggravamento con episodi depressivi di gravità diversa. Risulta quindi plausibile che, per il periodo compreso tra la presa a carico della psichiatra (aprile 2005) e l’intervento presso l’_____, con successiva degenza, (aprile-maggio 2006) l’inabilità lavorativa sia aumentata in maniera significativa. In questo caso non ci si può che riferire al parere dello specialista curante per la percentuale di IL. (...)” (doc. AI 93/3). La dr.ssa _____, nello stringato scritto 14 aprile 2010 indirizzato all’avv. RA 1, non ha contestato puntualmente le conclusioni del dr. _____ e si è limitata a confermare, in modo del tutto generico, che “(...) dal nostro punto di vista non abbiamo constatato nel tempo alcun miglioramento. Dal momento in cui è stata introdotta dai colleghi, per il contenimento della nota sintomatologia dolorosa, una terapia a base di morfina, abbiamo anzi riscontrato un peggioramento dello stato psichico con instabilità del tono dell’umore, disturbi della concentrazione, dell’attenzione e della memoria. (...)” (doc. AI 116/17). Quanto all’aspetto reumatologico – come si evince dal rapporto di degenza 4 maggio 2006 richiamato dall’Ufficio AI sub doc. AI 96/1-2 – il 24 aprile 2006 l’assicurata è stata sottoposta ad intervento di PLIF L3-L4-L5, e il dr. _____, capo servizio neurochirurgia dell’Ospedale Regionale di _____, ha indicato il seguente decorso: “(...) il decorso post-op è stato regolare e caratterizzato dall’assenza di deficit aggiuntivi e dalla pronta

mobilizzazione in prima giornata, con dolori controllati grazie ad una pompa PCA. Progressivamente veniva rimossa la pompa a Morfina ed i dolori rimanevano ben controllati con la terapia per bocca, permettendo una sempre maggiore mobilizzazione. Residuano però transitori dolori localizzati al versante anteriore delle gambe bilateralmente per i quali abbiamo istituito un trattamento con Fortecortin con dosaggio a scalare. Una radiografia eseguita nell'arco della degenza mostra il corretto posizionamento dell'impianto di stabilizzazione. Trasferiamo la paziente alla Clinica di _____ il 6.5.2006 per il proseguimento del trattamento riabilitativo, pregando di non sottoporre la paziente a carichi eccessivi e favorendo maggiormente una mobilizzazione in acqua. (...)” (doc. AI 96/2). Dal canto suo il dr. _____, nel rapporto medico 8 maggio 2008 (doc. AI 99/1-5) – dopo l'esame medico del giorno precedente e posta la diagnosi di “(...) lombalgia cronica con irradiazione pseudoradicolare – cervicodorsalgia su alterazioni degenerative – discopatia degenerativa da L2 a S1 – stato dopo intervento per posizionamento su degenerazione dischi intersomatici e stenosi canale spinale lombare e con faccette articolari con conseguenti stenosi foraminali bilaterali (24.04.2006) (...)” (doc. AI 99/4) – , ha espresso la seguente valutazione: " (...) Assicurata di 48 anni in buone condizioni generali. Dal 1988 lombalgia ricorrente con autorisoluzione degli episodi. Negli anni successivi al 1988 peggioramento della sintomatologia al rachide lombare. Eseguite plurime valutazioni cliniche reumatologiche, neurologiche e neurochirurgiche. Diagnosi di sindrome lombo-spondilogenica con spondilartrosi da L2 fino a S1. Coesistono turbe statiche con insufficienza muscolare. Per il riscontro di canale spinale con stenosi lombare viene eseguito posizionamento chirurgico di PLIF L3-L4-L5 il 24 aprile 2006. Discreto beneficio dopo l'intervento chirurgico. Buona ripresa della capacità funzionale e buon miglioramento della sintomatologia al rachide. Dal 2000 coesiste diagnosi da sindrome fibromialgica. La valutazione reumatologica e funzionale odierna permette di stabilire una stazionarietà della sintomatologia clinica dal 2006 ad oggi. La sintomatologia mialgica riferita dall'assicurata è imputabile ad una spiccata sindrome fibromialgica persistente nel tempo. I limiti oggi identificati sono: mantenere posizione seduta o in piedi statica per max. 30 min; sollevare abitualmente da terra o da piano orizzontale max 10 kg; sollevare saltuariamente da terra o da piano orizzontale max. 15 kg; evitare movimenti ripetitivi di flessione ed estensione di schiena e collo; limitare il salire e scendere le scale; evitare la deambulazione su terreni sconnessi; evitare situazioni di instabilità. Si stabilisce incapacità lavorativa del 50% su mezza giornata in attività lucrativa come cameriera ai piani. Incapacità lavorativa 50% su mezza giornata come aiuto cuoca. Capacità lavorativa del 100% in tutte le attività lucrative che rispettano i limiti sopraelencati. Incapacità lavorativa del 10% come casalinga. Le incapacità lavorative indicate sono esigibili dal giugno 2006 (dopo un mese di riabilitazione nel post intervento posizionamento di Plif). La capacità funzionale risulta stabile nel tempo dal 2006 ad oggi. L'assicurata non necessita di ausili ortopedici. (...)” (doc. AI 99/4-5) Le valutazioni del dr. _____ – alle quali va riconosciuta piena forza probatoria – non sono state validamente contestate da un medico specialista in reumatologia. Quanto al fatto che l'Ufficio AI non ha richiamato il rapporto della Clinica _____ di _____ e della visita 22 giugno 2006 del dr. _____ (cfr. il rapporto di degenza 4 maggio 2006 sub doc. AI 96/1-2 che menziona il trasferimento alla Clinica di _____ e la prevista visita dal dr. _____), va qui evidenziato che l'esame del dr. _____ è posteriore a dette evenienze e che lo stesso, lo si ribadisce, non è stato smentito da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al certificato medico 15 aprile 2010 (doc. AI

116/15-16) nel quale la dr.ssa _____, FMH in medicina interna, poste le diagnosi note, non ha contestato validamente le conclusioni del dr. _____ – rapporto che le era stato trasmesso per fax il 20 novembre 2008 come richiesto (doc. AI 103/1) – e, confermata un’ inabilità al lavoro del 100% dall’8 ottobre 1998 – va qui ricordato che già il dr. _____ nella perizia 20 luglio 2001 (doc. AI 32/1-13) aveva concluso che “(...) dal punto di vista reumatologico la paziente sarebbe abile al massimo al 50% in un’ attività pesante come quella di cameriera ai piani dove deve stare a lungo in piedi, portare pesi e lavorare in anteflessione. In un lavoro leggero dove può cambiare posizione una due volte l’ora, dove esista la possibilità di star seduti, di non sollevare ripetutamente pesi superiori ai 20 kg, o lavorare a lungo in anteflessione, la paziente è abile al 100%. (...)” (doc. AI 32/8) – , si è limitata ad osservare genericamente che “(...) da un punto di vista internistico purtroppo anche dopo l’assunzione di 600 mg di Tramudin al giorno, siamo giunti ad una recrudescenza della sintomatologia algica che ha invalidato ulteriormente la paziente nella quotidianità. La paziente è sicuramente difficile da seguire da un punto di vista linguistico in quanto non sempre riesce ad esprimere il suo disagio ed i suoi malesseri. Per constatare questo peggioramento ho dovuto assistere ad una nuova frequenza nella richiesta di consultazioni in quanto la sintomatologia era incontrollabile. Nel settembre 2009 abbiamo fatto un tentativo con un ulteriore analgesico maggiore più potente, il PALLADON, nella somministrazione graduale da 2 mg a 8 mg al giorno ma non è stato tollerato dalla paziente per i disturbi gastrointestinali, fino ad arrivare alla fine del mese di febbraio 2010 alla somministrazione di morfina nella misura di 30 mg al giorno (10 mg alla mattina 20 mg alla sera) con delle gocce di morfina al 2% da integrare alla terapia in caso di necessità. Torniamo qui di nuovo alle considerazioni fatte dal primo neurochirurgo che ha avuto in valutazione la paziente che aveva proposto l’apposizione di una pompa di morfina per riuscire a controllare la sintomatologia dolorosa. Questa misura naturalmente risulterebbe invasiva e sicuramente non supererebbe al beneficio della terapia instaurata ora che però come effetti collaterali avrà inevitabilmente delle sequele sulla struttura psichica della paziente. (...)” (doc. AI 116/5). Al riguardo anche il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 27 aprile 2010, ha concluso che “(...) a mio avviso i chiarimenti dal punto di vista medico (perizia psichiatrica e reumatologica) sono avvenuti con delle valutazioni corrette che hanno tenuto conto di anamnesi, documenti medici e visita clinica. Le conclusioni sono coerenti con quanto riscontrato e descritto nelle perizie. Chiaramente sono in contrasto con quanto ritenuto dai curanti, ma le conclusioni sono motivate. Il fatto di prendere o meno contatto direttamente non è decisivo, abbiamo il rapporto medico e la valutazione clinica che è stata fatta al SMR. Confermo quindi la parte medica e le valutazioni fatte. (...)” (doc. AI 118/1). Visto quanto precede – rammentato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’ opinione contraddittoria rispetto al perito non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid, 7.4). Non va infatti dimenticato che in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) il TF ha già avuto modo di affermare che 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) – sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni mediche sopra enunciate, è da ritenere dimostrato che l’assicurata dal giugno 2006 è abile al lavoro nella misura del 50% in un’ 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 pluridisciplinare e all'audizione del dr. _____ quale teste (anche ammettendo, seppur non minimamente dimostrato, che il dr. _____ non abbia dato seguito alle richieste dell'avv. RA 1; cfr. VII) va pertanto disattesa. Infatti, 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 Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 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 inoltre fatto presente all'assicurata che – quanto al parere della dr.ssa _____ stante la quale la somministrazione di morfina dalla fine del mese di febbraio 2010 "(...) avrà inevitabilmente delle sequele sulla struttura psichica della paziente (...)" (doc. AI 116/15) – in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una domanda di aumento del diritto a 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). 2.16. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assistita quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica l'11 novembre 2008 (doc. AI 102/1-7). Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assistita, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 31% (doc. AI 102/6). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assistita in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Considerato che l'insorgente non ha formulato valide contestazioni (l'avv. RA 1 non ha contestato puntualmente le affermazioni, riportate ai punti 5.2 "alimentazione", 5.3 "pulizia dell'appartamento", 5.4 "spesa e acquisti diversi" e 5.5 "bucato, confezioni e riparazioni di indumenti", che hanno portato l'assistente sociale ad esprimere una diversa valutazione rispetto all'inchiesta del 22 settembre 2000 limitandosi a sostenere che gli impedimenti sarebbero gli stessi dell'anno 2000) 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.) – alla valutazione dell'assistente sociale va 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. 2.17. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 50% 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. Al riguardo va qui rilevato che, per il calcolo del grado d'invalidità attinente alla quota parte di salariata, l'Ufficio AI – a differenza di quanto proposto dal consulente in integrazione professionale nel rapporto finale 9 novembre 2009 (doc. AI 109/1-7) – ha applicato un confronto percentuale dei redditi concludendo che “(...) l'assicurata risulta abile al 50% (rispetto alla percentuale d'impiego dell'80%) nell'attività precedentemente svolta di cameriera ai piani, è proprio esercitando tale attività dove può sfruttare al meglio la capacità di guadagno residua. (...)” (doc. AI 126/36). Dagli atti risulta che nella sua ultima attività quale ausiliaria di pulizia e aiuto cucina l'ex datore di lavoro ha indicato il seguente mansionario: “(...) obbligo di sollevare pesi: es. aspirapolvere e lucidatrici di tipo industriale, ceste con bucato, grosse pentole (la cucina prepara regolarmente pasti per 70 persone). Questi pesi vengono spostati ai vari piani (casa senza ascensore). La signora lavora quasi sempre in posizione eretta, ma spesso deve incurvarsi per eseguire le pulizie. (...)” (doc. AI 12/3). Ora, visto il mansionario suesposto e considerate le valutazioni mediche di cui al consid. 2.15, questo Tribunale deve concludere che l'assicurata non avrebbe più potuto svolgere la sua attività abituale e che pertanto per la quota parte di salariata il calcolo del grado d'invalidità andava effettuato procedendo ad un confronto del reddito da valido con quello ipotetico da invalido. 2.17.1. 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 2010 visto che è da quest'anno che l'Ufficio AI ha ridotto il diritto a prestazioni. 2.17.2. Per quel che concerne il reddito da valido, partendo dall'importo di fr. 54'852.20 – salario annuo per il 2007 indicato dal datore di lavoro e considerato dal consulente in integrazione professionale (doc. AI 106/1 e 109/3) – si ottiene, per il 2010, un reddito da valido pari a fr. 57'809.66 (fr. 54'852.20 +2% per il 2008 [cfr. tabella B 10.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2010, pag. 95] +2,1% per il 2009 + 1,2 per il primo trimestre del 2010 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica] = fr. 57'809.66). Ritenuto il grado di occupazione dell'80% il reddito da valido per il 2010 si attesta quindi in fr. 46'247.73. 2.17.3. 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 I 222/04 del

E. 5

settembre 2006). S e 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 e da quella relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 una attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 53'075.75 (fr. 4'116.-- [ultimo dato disponibile relativo al 2008] riportati su 41.6 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique,

1/2-2010, pag. 94] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] +2,1% per il 2009 + 1,2 per il primo trimestre del 2010 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica] = fr. 53'075.75). Il salario che l'assicurata avrebbe conseguito nel 2010 (con un grado di occupazione del 100%) quale ausiliaria di pulizia e aiuto cucina presso il suo ultimo datore di lavoro (fr. 57'809.66, cfr. consid. 2.17.2), è superiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore servizi personali (Tabella TA1 2008, p.to 93, livello di qualifica 4: fr. 3'465.-- riportato su 41.8 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2010, settore O altri servizi collettivi e personali pag. 94] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] +2,1% per il 2009 + 1,2 per il primo trimestre del 2010 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica] = fr. 44'895.93). 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 del 50% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 20% riconosciuta dal consulente in integrazione (10% per attività leggera e 10% per riduzione della redditività; cfr. doc. AI 109/3-4) – il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 40'222.15 (fr. 53'075.75 x 50% ridotti del 20% = fr. 21'230.30). Ritenuto il reddito da valido di fr. 46'247.73 (cfr. consid. 2.17.2) e quello ipotetico da invalido di 21'230.30, per la parte di salariata la limitazione ammonta al 54.06% ($[46'247.73 - 21'230.30] \times 100 : 46'247.73 = 54.06\%$). 2.17.4. Poste infine le quote parti di attività casalinga (20%) e di salariata (80%) (cfr. consid. 2.10) e ritenuta la limitazione del 31% quale casalinga (cfr. consid. 2.16) e del 54.06% quale salariata (cfr. consid. 2.17.3), il grado d'invalidità globale è del 49% ($20 \times 31\% + 80 \times 54.06\% = 49.44\%$ arrotondato al 49% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 21 consid. 3.2). Ritenuto il grado d'invalidità del 49% (cfr. consid. 2.4) è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurata il diritto ad un quarto di rendita dal 1. giugno 2010 (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). 2.18. Quanto alla contestazione dell'importo della rendita – l'avv. RA 1 sostiene che "(...) a mente della ricorrente la nuova rendita fissata in fr. 259.-- mensili non è corretta. La nuova rendita dovendo ridursi del 10% rispetto all'ultima percepita deve essere fissata in almeno fr. 380.-- (...)” (I, punto 12) – questo Tribunale rileva che l'importo della rendita non corrisponde al reddito da invalido, la rendita è infatti determinata sulla base del periodo di contribuzione che presenta l'avente diritto e del suo reddito annuo medio (art. 36 LAI che rinvia alle disposizioni della LAVS in merito al calcolo delle rendite ordinarie). Nel caso concreto gli elementi di calcolo della rendita (durata contributiva computata 10.02 anni e scala rendita 24) sono già stati fissati nella decisione 15 gennaio 2003 (doc. AI 52/1-4) cresciuta incontestata in giudicato e l'importo della rendita di fr. 259.-- è stato stabilito sulla base del diritto ad un quarto di rendita, degli anni contributivi (19) e del reddito annuo determinante (fr. 53'352.--) calcolato tenuto conto dell'adeguamento delle rendite all'evoluzione dei prezzi e dei salari (art. 33 ter LAVS). 2.19. L'emanazione della presente sentenza in tempi brevi rende priva di oggetto la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo presentata dalla

ricorrente. 2.20. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.21. 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.