

TI_GERICHTE 32.2012.167 vom 7. Mai 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-05-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.167

FR: TI_GERICHTE 32.2012.167 du 7 mai 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.167 del 7 maggio 2012

Regeste

Rifiuto di prestazioni dopo STCA di rinvio per accertamenti medici. Confermata perizia CPAS e relativi complementi. Valutazione economica (applicazione del metodo misto, confronto dei redditi da valido e invalido, limitazione quale casalinga)

Erwägungen

E. 1

giugno 2012, circa la degenza dal 9 al 29 maggio 2012, hanno indicato che la paziente è stata inviata dallo psichiatra curante a causa di una esacerbazione di un episodio depressivo di media gravità e da una sindrome somatoforme da dolori persistenti, non si sono espressi sulla capacità lavorativa e, posta la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente ICD 10 F45.4 e sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave senza sintomi psicotici ICD 10 F33.2 con tratti di personalità passivo-aggressivo, hanno così descritto l'evoluzione psicosomatica: "(...) inizialmente, anche se solo lentamente, assistiamo ad un miglioramento della qualità del sonno, della timia, dell'energia ed una diminuzione graduale dei dolori soprattutto muscolari paravertebrali. Verso la fine della degenza abbiamo purtroppo constatato un peggioramento della sintomatologia algica e la chiara manifestazione di tratti di personalità passivo-aggressivo. (...)” (doc. D/2). Al riguardo, nelle annotazioni 10 luglio 2012, i medici SMR dr.ssa _____ e dr. _____ hanno osservato che "(...) il quadro clinico descritto non appare di entità tale da giustificare una diagnosi di episodio depressivo grave: infatti non vi sono disturbi formali del pensiero, né deliri o dispercezioni, l'umore è definito come lievemente depresso, non vi è ideazione suicidale strutturata. Paragonando inoltre lo status attuale questo non si discosta in maniera significativa da quello evidenziato in corso di perizia CPAS del 2011. La sintomatologia somatica non è stata investigata, i curanti si sono indirizzati verso la presenza di un disturbo somatoforme, diagnosi posta come prioritaria e già peraltro evidenziata e valutata con i criteri di Foerster in corso di perizia CPAS. Il decorso clinico si è caratterizzato per un lento miglioramento della qualità del sonno, della timia, dell'energia e una diminuzione dei dolori; alla fine della degenza hanno invece constatato un peggioramento della sintomatologia algica e la chiara manifestazione di tratti di personalità passivo-aggressiva (tuttavia non hanno posto la diagnosi di disturbo di personalità). Il Dr. _____ nel suo certificato del 16.06.2012 non fa accenno a nessuna patologia somatica. (...)” (XV/bis). Il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia 27 agosto 2012 (doc. E/2), ha così descritto lo status della signora RI 1: " (...) Durante i miei colloqui con la peritanda, essa praticamente riferisce di avere una serie di disturbi psicofisici, i quali in gran parte sono già descritti nei rapporti del Dr. med. _____, dalla Dr.ssa _____ e dalla terapeuta psicocorporea _____, oltre che nei vari rapporti medici che Lei ha messo a disposizione nei suoi atti. La peritanda si è presentata puntuale ad entrambi gli

appuntamenti, devo dire che ho fatto molta fatica nel riconoscerla, visto che l'avevo già avuta in cura nel 2001 per un breve periodo. Essa è cambiata completamente, con un aumento del peso ponderale di circa 30 kg, essa riferisce che è dovuto all'assunzione dei farmaci ed una sofferenza psichica che sembra ben evidente già al primo sguardo, anche se curata nella sua persona, si lamenta spontaneamente di una serie di dolori in tutto il corpo. Il tono dell'umore è deflesso, vengono riferiti perdita di interesse e della capacità di provare piacere con riduzione dell'energia vitale, accompagnata da un'affaticabilità accresciuta da un'importante diminuzione dell'attività fisica a causa dei suoi disturbi e dolori che le impediscono di svolgere anche le minime attività quotidiane. Essa, riferisce di essere stanca dopo ogni piccolo sforzo, fa fatica a concentrarsi, presenta importanti disturbi mnemonici piuttosto per quel che riguarda la sua memoria recente, addirittura i dati che mi ha riferito non concordano con i dati menzionati nella documentazione. La peritanda fa fatica a ricordarsi la data di matrimonio, l'età dei suoi fratelli e sorelle, addirittura la data del decesso del padre, ecc.. Non ha più fiducia in sé, ha una visione pessimistica del futuro, marcati da importanti disturbi del sonno, una stanchezza cronica e ripetuti risvegli precoci ed un'enorme fatica nel riprendere sonno malgrado i farmaci che assume. Riferisce di mangiare molto male, di non avere orari ben precisi. Vi è un conflitto con il marito che dura da diversi anni, che in gran parte è dovuto anche alla sua situazione psicofisica, il marito è arrabbiato con essa visto che non hanno più rapporti intimi già da tempo. Essa presenta una marcata riduzione del libido, riferisce a causa dei suoi dolori persistenti ed un abbassamento dell'umore ed una mancanza di voglia di qualsiasi iniziativa. Si nota una mancanza di reattività alle circostanze ed agli eventi. Essa riferisce che effettivamente con il cambiamento di eventi atmosferici, i dolori vengono riesacerbati e non solo a livello muscolare ma anche a livello gastro-intestinale, causando anche una cefalea persistente con riduzione della forza e dolori in tutta la colonna vertebrale accompagnati a volte con tremori dei membri superiori ed un'importante rigidità muscolare in tutto il corpo con tremore alla faccia, una cervicalgia irradiante alle braccia. In seguito al mio recente colloquio telefonico con il Dr. med. _____, egli mi conferma tutta la sintomatologia già constatata che praticamente esiste da diversi anni, ragion per la quale la peritanda è sempre stata considerata inabile al lavoro nella misura completa, malgrado le varie cure ed una presa a carico regolare ed assolutamente adeguato. Essa, riferisce inoltre di passare la maggior parte del tempo a domicilio, fa molta fatica nel tenere in ordine l'appartamento, addirittura per preparare i pasti è il marito che l'aiuta, visto che quest'ultimo lavora come muratore torna a casa la sera stanco e tutto ciò crea una situazione di per sé già precaria e difficile. La peritanda riferisce di uscire poco dall'appartamento, spesso sta sul divano a guardare la televisione. Fuma circa un pacchetto e mezzo di sigarette al giorno, non consuma bevande alcoliche, riferisce che a causa del suo aumento del peso ponderale non si controlla più, probabilmente pesa più di 85 kg per un'altezza di 168 cm. Attualmente assume la seguente psicofarmacoterapia: - Venlafaxine ER 150 mg 1-0-0 - Lyrica 100 mg 1-0-2 - Ponstan 500 mg al bisogno - Mydocalm 3 volte al giorno - Dafalgan 1 g 4-5 al giorno - Valverde 20 mg alla sera - Voltaren 100 mg 1-2 al giorno - Inergy gtt 20 alla sera - Flector Tissugel 1 al giorno - Tilur ret. 1-0-1- Riferisce di non assumere più il Trittico visto che non lo sopportava e gli creava situazioni sgradevoli. (...)" (doc. E/2, pag. 4-5) e – posta la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di media gravità ICD 10 F33.1 e sindrome somatoforme da dolore persistente ICD 10 F45.4 – alle domande circa l'evoluzione dei disturbi psichici, della capacità lavorativa e delle valutazioni del CPAS, ha così risposto: " (...) 3. Quale è stata l'evoluzione dei disturbi psichici dal marzo del 2006 a

tutt'oggi? Per quel che riguarda l'evoluzione dei suoi disturbi psichici, già importanti dal 2006, vi è un graduale peggioramento sia per quel che riguarda i disturbi puramente di tipo affettivi, sia per le sue somatizzazioni. In confronto ai vecchi rapporti, malgrado una cura adeguata, precisa e regolare con l'assunzione dei farmaci specifici ed un ricovero ospedaliero, la sua situazione è ulteriormente peggiorata. 4. Quale è l'attuale grado d'inabilità lavorativa dell'assicurata, sia come salariata che come casalinga? La sua inabilità lavorativa, puramente dal punto di vista psichico, è almeno nella misura del 70% sia come salariata che come casalinga. 5. Quale è stata l'evoluzione del grado di inabilità lavorativa dell'assicurata, sia come salariata che come casalinga, dal marzo del 2006 ed a tutt'oggi? Come già accennato sopra, vi è un peggioramento graduale della situazione psicofisica della peritanda e la sua inabilità lavorativa, anzi, a tratti è stata anche nella misura del 100%. Vista la sua situazione negli anni e anche quella recente, ritengo che essa dal 2006 in poi sia stata sempre inabile al lavoro almeno nella misura del 70%, come viene anche confermato da parte dei suoi terapeuti e già documentata nei vari rapporti. 6. Diagnosi; è d'accordo con le diagnosi (psichiche) poste dal medico dell'AI-Dr. ssa _____? In caso contrario, perché non concorda con la stessa? Non concordo con la diagnosi di "Sindrome depressiva ricorrente di lieve entità" (ICD-10 F33.0), ma sono d'accordo con la diagnosi di "Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). La paziente, anzi, a tratti ha presentato anche una sindrome depressiva ricorrente di entità grave, la quale è documentata nei rapporti, è stata ragione del suo ricovero d'urgenza presso la Clinica _____. 7. Abilità lavorativa: è d'accordo con la valutazione del grado di inabilità lavorativa posta dal medico dell'AI-Dr.ssa _____? In caso contrario, perché non concorda con la stessa? Non sono d'accordo con la percentuale di grado d'inabilità lavorativa posta dalla collega che attualmente è nella misura del 70% e tutto ciò, almeno da quanto emerge dai vari documenti, dalle mie constatazioni e dal mio colloquio telefonico con il Dr. med. _____, dal 2006 a tuttora. 8. Dica se ha ulteriori osservazioni da aggiungere? No, credo di aver spiegato in modo molto semplice e messo in evidenza la sofferenza ed i disturbi della peritando che fra l'altro avevo già conosciuto in passato e ho fatto fatica nei riconoscerla. Essa, già nel 2001-2002, malgrado le varie sofferenze e dolori riusciva a riprendere la sua abilità lavorativa, ma che purtroppo negli anni successivi la situazione è peggiorata e ha causato l'attuale depressione ricorrente che causa un'inabilità lavorativa almeno nella misura del 70% già dal 2006 a tuttora. (...)" (doc. E/2, pag. 6-7) Invitati a prendere nuovamente posizione sulla documentazione medica prodotta (XXI/2), i periti del CPAS, con complemento peritale 5 ottobre 2012 (XXIII/2), hanno osservato: " (...) Nello specifico l'osservazione del Dr. _____ descrive la presenza di una sintomatologia depressiva significativa, che, correttamente, viene diagnosticata come: "S. depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD 10: F33.1)". È, altresì, posta in evidenza una variazione in negativo delle condizioni psicofisiche dell'A, i cui tratti di personalità di tipo istrionico si sono evidenziati già nella perizia multi disciplinare, a firma del Dr. _____ e del Dr. _____ del 11.08.08 e nella valutazione peritale svolta dal Dr. _____, che pone in diagnosi la nozione di "elaborazione di sintomi fisici per problemi psicologici (ICD 10: F 68.0)", correlati e conseguenti a conflitti coniugali e considerava che l'A non presentasse un quadro psicopatologico tale da giustificare una riduzione significativa della CL. Nella perizia del Dr. _____ si legge: "Il quadro psicopatologico constatato nella valutazione odierna appare di lieve entità. Sebbene sia constatabile una labilità dello stato dell'umore, è stata constatata una tendenza, seppur inconsapevole, all'esagerazione dei sintomi" . In conclusione si annotava la scarsa incidenza

del danno organico sulla funzionalità dell'A, mentre veniva posta attenzione sull'atteggiamento emotivo della stessa, riguardo alle difficoltà, intese in senso lato: "...siamo confrontati con un'A che presenta una sindrome depressiva di lieve entità, che si è sviluppata nell'ambito di un logorato rapporto con il marito, motivo per il quale è stata in trattamento psichiatrico. L'incidente del 2001 ha accentuato questo suo vissuto depressivo e la sintomatologia algica conseguente l'infortunio è un nuovo contesto in cui manifestare la sua sofferenza psicologica. Inoltre l'iter medico che ha dovuto vivere per il problema del piccolo figlio ha aumentato la sua sofferenza psichica, cronicizzando il decorso somatoforme. È emblematico che nel momento in cui il figlio è stato meglio è peggiorato il suo stato psicofisico, come se fino ad allora il fatto di lottare per la malattia del figlio scotomizzasse i suoi problemi interiori." Per quanto riguarda la mia osservazione del 14.01.11 e successivi chiarimenti, questa ha permesso di evidenziare un "episodio depressivo lieve" in "S. depressiva ricorrente" e l'A stessa aveva affermato di non assumere terapia e di recarsi dallo psichiatra curante con una frequenza rada ed irregolare. Ella aveva pure descritto una quotidianità relativamente attiva, della quale faceva parte la funzione di "controllo amministrativo" delle entrate del marito, il che implica una discreta capacità di concentrazione. L'A affermava, infine, che tale condizione psichica era stabile da più di un anno. Va, perciò, considerata la ciclicità degli episodi depressivi valutati e vanno computati, a mio parere, anche i periodi, non brevi, di defervescenza della sintomatologia, che consentono all'A un'attività relativamente normale. Infine considero che l'atteggiamento istrionico, già descritto nelle precedenti osservazioni cliniche (effettuate da specialisti diversi, in diversi tempi), giochi un ruolo significativo nel modo che l'A ha di porsi nei confronti dei medici e, nello specifico, del Dr. _____: non si può negare, infatti, che ella abbia subito una delusione, a seguito della valutazione da me espressa e che proprio tale "disappunto" abbia ingenerato una recrudescenza della sintomatologia, ma, nel computare la riduzione della CL in sede di perizia AI, è opportuno considerare gli elementi di cronicità che influiscono sulle capacità produttive e non i singoli episodi che temporaneamente la inficiano, anche in modo significativo. Non concordo, perciò, con quanto affermato dal Dr. _____ e, cioè, che le condizioni dell'A siano state tali, senza variazione dal 2006 e considerata, per contro, la correttezza ed obiettività del Collega nel valutare l'A non contesto la valutazione espressa, riferita al momento in cui l'A è stata valutata. (...)" (doc. XXIII/2) Questo Tribunale – viste le argomentazioni della Dr.ssa _____ e del dr. _____ sopra riprodotte e osservato che lo stesso dr. _____ si è scostato dalla valutazione del dr. _____ concludendo per un'inabilità lavorativa di almeno il 70% e non del 100% – deve fare proprie le argomentazioni in forza delle quali i periti del CPAS si sono confermati nelle loro valutazioni fino al momento delle visite del dr. _____ nell'agosto 2012. Al riguardo l'Ufficio AI dovrà trattare la produzione della perizia del dr. _____ alla stregua di una nuova domanda considerando che la dr.ssa _____, nelle annotazioni 15 ottobre 2012, ha concluso che "(...) si confermano le conclusioni basate sulla perizia del 2011; attualmente dall'agosto 2012 è possibile che vi sia stato un peggioramento clinico. È da rilevare che la perizia del Dr. _____ non descrive chiaramente i limiti che portino ad una così importante riduzione della CL. (...)" (XXIII/3). Quanto all'aspetto somatico va rilevato che il dr. _____, FMH in chirurgia, nel rapporto 10 gennaio 2012 indirizzato all'avv. RA 1, non si è pronunciato sulla capacità lavorativa e – senza tuttavia confrontarsi con il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, che nella perizia bidisciplinare dell'11 agosto 2008 aveva concluso che "(...) dal punto di vista somatico non viene riscontrato nessun reperto strutturale o funzionale di

rilevo suscettibile di comportare una potenziale valenza invalidante. (...)” (doc. AI 37/8) – ha concluso in modo del tutto generico che “(...) negli ultimi 6 mesi le sue condizioni di salute sono peggiorate, lamenta sempre dolori alla colonna vertebrale con irradiazione agli arti inferiori, inoltre dolori addominali maggiormente localizzati all’ipocondrio destro. (...)” (doc. AI 120/2). Nel rapporto 16 giugno 2012 il dr. _____ comunica poi all’avv. RA 1 che la paziente è stata ricoverata alla Clinica _____ e, pur non essendo specialista in materia, attesta che “(...) dal lato psichico esiste sempre un peggioramento della depressione nervosa, e la paziente dichiara di non poter svolgere alcuna attività. (...)” (doc. D/1). Lo stesso sanitario non riferisce per contro alcuna patologia somatica. Viste tutte le risultanze mediche svenunciate questo Tribunale ritiene che le valutazioni del CPAS (perizia psichiatrica del 14 gennaio 2011 con i complementi 17 aprile e 5 ottobre 2012), basate su un esame approfondito cui va senz’altro attribuito pieno valore probatorio conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.11), meritano piena conferma fino al momento della resa del giudizio impugnato. Va qui ricordato che, per consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1 e 121 V 366 consid. 1b) Del resto, va qui evidenziato che in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundes-gerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Nel caso concreto il TCA rileva inoltre che, anche se non interpellato dai periti del CPAS, il dr. _____ ha avuto la possibilità di esprimersi compiutamente su tutte le valutazioni espresse dai periti del CPAS e che, come risulta anche dai suoi rapporti prodotti sub doc. da E3 a E6, egli ha attestato un quadro psicopatologico sostanzialmente immutato negli anni e certificato un’incapacità lavorativa totale nel tempo ancorché, nel rapporto 22 aprile 2007 (doc. AI 10/1-6), aveva invece attestato un’incapacità lavorativa nell’ultima attività esercitata del 100% dal 30 gennaio al 28 febbraio 2007 e del 50% dal 1. marzo al 30 aprile 2007, indicando che la capacità lavorativa poteva essere migliorata con provvedimenti sanitari. Al riguardo il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nello scritto 6 febbraio 2007 indirizzato alla Cassa malati aveva infatti rilevato che “(...) dopo diversi tentativi sono finalmente riuscito a contattare il dr. _____ per discutere la situazione clinica dell’assicurata e le prospettive di reinserimento. Abbiamo convenuto, in modo definitivo, che l’assicurata è da ritenersi abile al lavoro in misura parziale (50%) a partire dal 01.03.2007 e in misura completa a partire dal 01.04.2007. Spero che in tal modo si possa definitivamente chiudere questo caso difficile e complesso, anche se non posso escludere delle resistenze da parte dell’assicurata. (...)” (doc. 1/13 dell’incarto cassa

malati). Quanto al dubbio sollevato circa l'oggettività e imparzialità dei periti del CPAS – nello scritto 31 maggio 2012 il dr. _____ ha formulato "(...) la proposta che un perito medico psichiatra indipendente possa effettuare chiarezza in merito alle valutazioni contrastanti che caratterizzano lo stato di salute della signora (...)" (doc. C = E/4) dopo che in quello del 23 gennaio 2012 aveva chiesto "(...) che la situazione della signora RI 1 possa essere rivalutata anche se è il caso, da un perito psichiatra indipendente. (...)" (doc. E/3) – valgono le seguenti considerazioni. Nella DTF 125 V 351 la nostra Corte federale ha stabilito che alle perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che esse si rivelino essere concludenti, compiutamente motivate, di per sé scevre di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Per mettere in dubbio l'oggettività e l'imparzialità dei periti devono esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Alle stesse condizioni, anche ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione va riconosciuto pieno valore probante, ritenuto che 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. Nella DTF 135 V 465 il TF ha concluso che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore. Una perizia deve tuttavia essere ordinata qualora sussistono anche solo minimi dubbi riguardo all'attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione. In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Riguardo infine alla censura secondo la quale "(...) il dr. _____, nell'ambito del doc. C, ha contestato il nuovo rapporto della dottoressa _____ e del dr. _____ del 17 aprile 2012, che era stato redatto senza che i due medici abbiano visto la paziente – che era stata da loro vista quasi un anno e mezzo prima ed una sola volta – che fra l'altro, con rapporto del 23 gennaio 2012, aveva segnalato un peggioramento della situazione clinica (...)" (I punto 3 del ricorso pag.

E. 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% (DTF 135 V 297 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). 2.14.3. Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2007 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido di fr. 51'082.13 (fr. 4'019.-- validi per il 2006 aggiornati al 2007 aumentandoli del 1,6% [cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali in La Vie économique 1/2-2011 pag. 95] riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2011, pag. 94] e moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] . Nel 2008 il reddito annuo ipotetico da invalido ammonta invece a fr. 51'367.68 (fr. 4'116.-- riportati su 41.6 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2011, 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]). Presso il suo ultimo datore di lavoro,

l'Hotel _____, nel 2007 con un grado di occupazione del 100% l'insorgente avrebbe percepito un salario di fr. 43'160.-- (cfr. consid. 2.14.1). Questo salario é di poco inferiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore alberghi e ristoranti (Tabella TA1 2006, p.to 55, livello di qualifica 4: fr. 3'513.-- aggiornati al 2007 riportati su 42.1 ore [cfr. tabelle B 10.2 e B 9.2, pubblicate in La Vie économique, 1/2-2011, settore H alberghi e ristorazione pag. 94 e 95] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] = fr. 44'990.35). La differenza pari a fr. 1'830.35 (44'990.35 - 43'160.--) rappresenta un gap salariale del 4.07% che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.14.2), non giustifica alcuna riduzione dal reddito statistico da invalido. Considerata un'incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 50% nel marzo 2007, diminuita al 30% dal 1 maggio 2007 e poi aumentata ancora al 50% dal 28 novembre 2008 e considerata la riduzione del 5% riconosciuta dalla consulente (doc. AI 110/3-4) – va qui ricordato che il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 137 V 73 consid. 5.2; 126 V 80 consid. 5b/cc) e tali non sono le argomentazioni sviluppate al punto 6 del ricorso nelle quali l'insorgente postula una riduzione del 20% senza tuttavia confrontarsi con le puntuali spiegazioni in base alle quali è stata riconosciuta una riduzione del 5% per altri fattori (doc. AI 110/3-4) – il reddito ipotetico da invalido (dopo l'anno di carenza a marzo 2007 e prima del miglioramento valetudinario con capacità lavorativa del 70% dal 1. maggio 2007) ammonta a fr. 24'264.01 per il 2007 (fr. 51'082.13 x 50% e ridotti del 5%) e a fr. 24'399.64 per il 2008 (fr. 51'367.68 x 50% e ridotti del 5%). Ritenuti i redditi da valido di fr. 21'580.-- (2007) e di fr. 22'044.76 (2008) (cfr. consid. 2.14.1) e quelli da invalido di fr. 24'264.01 (2007) e di fr. 24'399.64 (2008), per la parte di salariata non vi è dunque alcun discapito economico. Al riguardo, quanto alle argomentazioni sviluppate con la risposta e alla tabella del 26 giugno 2012 prodotta sub VIII/3, questo Tribunale rileva che la diversa valutazione del grado d'invalidità indicato dall'amministrazione è riconducibile al fatto che la stessa ha erroneamente ridotto ancora una volta del 50% il reddito da valido ipotetico di fr. 26'443.97 che già si riferiva ad un'attività al 50%. Del resto, allo stesso risultato (nessun discapito economico per la parte di salariata) si giunge anche applicando la costante giurisprudenza federale secondo la quale un assicurato, parzialmente abile al lavoro a cui viene applicato il metodo misto e la cui capacità lavorativa residua per l'esercizio di un'attività lucrativa corrisponde o supera quella che avrebbe effettivamente messo a frutto senza danno alla salute nella medesima attività, non subisce una incapacità al guadagno (cfr. STF 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 8.1 e il rinvio tra le tante alla 8C_107/2009 del 18 gennaio 2010 consid. 4.3). 2.14.4. Posta infine la ripartizione tra attività casalinga (50%) e salariata (50%) (cfr. consid. 2.9) e ritenuta la limitazione del 22% quale casalinga (cfr. consid. 2.13) e dello 0% quale salariata (cfr. consid. 2.14.3), il grado d'invalidità globale è dell'11% ($50 \times 22\% + 50 \times 0\% = 11\%$). Allo stesso risultato, grado d'invalidità non pensionabile, si giungerebbe anche volendo applicare per l'attività di casalinga la riduzione del 30% indicata dai periti del CPAS nella perizia del 14 gennaio 2011 (cfr. consid. 2.13). In detta evenienza il grado d'invalidità globale sarebbe infatti del 15% ($50 \times 30\% + 50 \times 0\% = 15\%$). È dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita. 2.15. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto .

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. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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