

TI_GERICHTE 32.2012.265 vom 27. September 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-09-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.265

FR: TI_GERICHTE 32.2012.265 du 27 septembre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.265 del 27 settembre 2012

Regeste

Viste le risultanze delle perizie reumatologiche, della visita psichiatrica del SMR e dell'inchiesta domiciliare, a ragione l'Ufficio AI, in applicazione del metodo misto, ha riconosciuto all'A. una rendita scalare limitata nel tempo

Erwägungen

E. 5

e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemes-sung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Sul tema confronta la STF 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). Infine, va fatto presente che il TFA si é confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del 19 maggio 2006). 2.5. Se 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." 2.6. Nel caso in cui 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 Plädoyer 5/06 pag. 54 segg.; STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita nelle DTF 137 V 334 e 133 V 504 e nella STF 9C 15/2007 del 25 luglio 2007. 2.7. 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. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 5, pagg. 47-50 e 53 e Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pag. 190 segg.). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato, che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Da ultimo va rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (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; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, pag. 190-191). 2.8. Deve innanzitutto essere premesso che al fine di stabilire il grado d'invalidità, nella fattispecie in esame l'Ufficio AI, applicando il

metodo misto e sulla base dei dati forniti dalla ricorrente, ha valutato al 50% la parte dedicata all'attività salariata e al 50% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione deve essere confermata, la relativa conclusione essendo stata presa sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurata in sede d'inchiesta domiciliare (doc. AI 83/1-6) che confermano i dati forniti dal datore di lavoro relativi all'attività svolta prima del danno alla salute (doc. AI 50/2-7). Del resto la stessa non viene contestata dalla ricorrente. 2.9.

L'Ufficio AI, sulla base dell'annotazione 17 novembre 2010 nella quale il dr. _____, medico SMR, ha indicato di "(...) chiedere valutazione specialistica reumatologica successivamente all'esecuzione dell'EMG finalizzata a: • descrizione dello stato di salute attuale, della sua evoluzione dall'esordio della patologia ad oggi, delle prospettive prognostiche e degli interventi ipotizzabili finalizzati al miglioramento del quadro valetudinario • descrizione delle risorse presenti e degli eventuali limiti funzionali nell'attività consueta, in altre eventualmente esigibili e anche nelle attività proprie dell'economia domestica (...)" (doc. AI 63/1), ha ordinato un accertamento medico presso il dr. _____ (doc. AI 64/1-2). Il dr. _____, FMH in reumatologia e medicina interna, nella perizia reumatologica del 21 febbraio 2011 (doc. AI 66/1-11) – posta la diagnosi di: "(...) Sindrome fibromialgica generalizzata, Decondizionamento muscolare, Alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide lombare - Esiti da spondilosi dorsale, fissazione transpedicolare L4/L5 e fusione intercorpale L4/L5 a sinistra l'11.6.2010, Disturbi statici del rachide (accentuazione della lordosi lombare, minima scoliosi destroconvessa dorsale), Periartropatia omero scapolare bilaterale, Obesità (peso 76,5 kg / statura 155,5 cm) (...)" (doc. AI 66/9) – ha espresso la seguente valutazione: " (...) La signora RI 1, nata il _____ 1958, lamenta da molti anni dolori lombari caudali irradianti negli arti inferiori; una risonanza magnetica della colonna lombare del 19.10.2009, evidenziava un'ampia protrusione discale paramediana ed intraforaminale bilaterale L4/L5 entrante in contatto con la radice di L4 a destra ed in sede intraforaminale di L5 a destra con spondilartrosi, alterazioni portanti ad una deformazione a triangolo del sacco durale e così ad un canale spinale stretto di primo grado; si notava inoltre una minima protrusione discale paramediana a destra con spondilartrosi in L5/S1, una protrusione discale paramediana a destra in L1/L2; dato che le misure conservative, anche semiinvasive non avevano portato ad un miglioramento sui sintomi, il 19.4.2010, l'assicurata veniva valutata presso la clinica _____, lamentando dolori progredienti lombari caudali irradianti in tutte e due le gambe soprattutto a destra nella coscia ventrale e nel polpaccio laterale fino nel piede in corrispondenza, stando ai medici, dei dermatometri L4 ed L5, per cui si prevedeva un intervento neurochirurgico di stabilizzazione L4/L5, procedendo, l'11.6.2010 con la spondilodesi dorsale e fissazione transpedicolare L4/L5, fusione intercorpale L4/L5 a sinistra; purtroppo l'intervento citato e le misure riabilitative muscolari finora praticate, non hanno portato al successo sperato; il neurologo curante, il 25.1.2011 parlava di una resistenza della sintomatologia dolorosa lombare a tratti sciatalgica con disestesie sulla parte laterale del piede destro; una TAC del rachide lombare nativa e con mezzo di contrasto di controllo del 14.1.2011, evidenziava mezzi di sintesi integri ed in sede, il radiologo parlava di un verosimile contatto extraforaminale discoradicolare sull'emergenza della radice di L4 a destra; veniva proposta, dal neurologo curante, un'infiltrazione periradicolare di L5 a destra, misura che a quel momento l'assicurata non desiderava; in un quadro algico tendenzialmente ubiquitario, l'assicurata lamenta ora dolori lombari irradianti negli arti inferiori dalle due parti, a destra tendenzialmente laterodorsali nella coscia e nei polpacci, nella regione inguinale proiettanti

in sede anteromediale nella coscia fino a raggiungere il ginocchio destro con formicolii associati a tutte le dita del piede destro specialmente all'alluce destro, dolori lombari proiettanti anche nell'inguine sinistro a traiettoria anteromediale nella coscia e laterale fino a raggiungere il ginocchio sinistro; i dolori lombari aumentano stando seduta, raddrizzandosi da anteflessione del tronco, alle manovre di Valsalva, in posizione eretta avverte dolori panvertebrali e alla testa, camminando in pianura dolori panvertebrali e agli arti inferiori con sensazione di blocco inguinale, sintomi che le permettono di deambulare in pianura non oltre un'ora, peggioranti in salita, meno presenti in discesa, l'assicurata preferisce il movimento alla posizione ferma statica; all'esame clinico, appare un rachide lombare con lordosi accentuata, lombare altamente limitata alla flessione attiva con Schober a 10/11 cm, per una distanza dita-suolo anteriore a 49 cm; dato clinico in contrasto con una manovra di Lasègue negativa in assicurata seduta come pure sdraiata, elementi che depongono per un'autolimitazione; l'estensione passiva lombare appare moderatamente limitata, le lateroflessioni passive bilaterali altamente ridotte con dolori lamentati al passaggio lombosacrale alla mobilizzazione, in aumento a fine corsa; sono assenti deficit lomboradicolarici sicuri; da notare che l'assicurata, sebbene dal 26.8.2010 venga sottoposta a sedute di fisioterapia attiva, alla frequenza di 3 sedute alla settimana, appare con un corsetto muscolare addominale e lombare decondizionato. La mobilità delle articolazioni coxofemorali bilaterali appare libera senza comparsa di dolori tipicamente coxogeni in particolare inguinali; anche la mobilità delle ginocchia, delle caviglie, risulta libera. Vengono pure segnalati dolori cervicali bilaterali irradianti a casco nella testa, nelle parti trasverse dei muscoli trapezi, nella regione anteriore del torace bilaterale, omerali laterali, negli avambracci bilaterali, fino a raggiungere le dita I - III a destra e a sinistra con diramazione dei dolori cervicali lungo l'intera colonna vertebrale; le cervicalgie aumentano muovendo la testa, soprattutto all'estensione, alzando le braccia l'assicurata avverte dolori omerali bilaterali e al rachide dorsale; all'esame clinico, la colonna cervicale risulta minimamente limitata alla flessione passiva con impatto muscolare, indicante un accorciamento della muscolatura suboccipitale, potenzialmente correggibile con tecniche fisioterapiche, cervicale risultante libera all'estensione passiva, alle lateroflessioni passive bilaterali e minimamente limitata alle rotazioni globali dalle due parti con dolori riferiti continui ai movimenti della colonna cervicale, in aumento a fine corsa soprattutto alle rotazioni globali; sono assenti deficit cervicoradicolarici; stando agli atti, il neurologo curante, il 24.2.2010, segnalava la presenza di una sindrome del canale carpale bilaterale di lieve entità; una risonanza magnetica della colonna cervicodorsale da lui richiesta l'11.2.2011, mostrava una colonna cervicale priva di ernie discali con canale osseo come pure forami di coniugazione assolutamente normali; la mobilità passiva delle spalle avviene liberamente, con dolori riferiti continui, sia nelle regione cervicodorsale come pure alla muscolatura omerale dalle due parti con arco dolente e dolori a fine corsa alla rotazione interna ed esterna omeroscapolare bilaterale, con test resistivi per le cuffie rotatorie ben tenuti, non indicanti dunque una lesione maggiore alle stesse; l'assicurata era stata sottoposta il 15.3.2010 a risonanza magnetica della spalla destra mostrante una tendinopatia calcifica del muscolo sovraspinoso ed una rottura parziale dell'infraspinato, per cui, l'ortopedico curante consultato, il 18.3.2010, proponeva un intervento per via artroscopica di asportazione delle calcificazioni con riparazione del tendine, intervento da lui proposto il 24.1.2011 alla spalla sinistra; stando all'assicurata ora, il 19.5.2011, è previsto un intervento chirurgico alla spalla sinistra. Notiamo gomiti, polsi e articolazioni delle dita con mobilità normale. Sono assenti sinoviti o tenosinoviti sicure alle articolazioni delle estremità

superiori ed inferiori. La presentazione del dolore, ubiquitario, bruciante, rimasto scarsamente influenzabile dalle cure farmacologiche, fisiatriche e da ultimo chirurgiche, si spiega in gran parte con la presenza di 13 su 18 punti fibromialgici positivi ripartiti simmetricamente alla parte superiore ed inferiore del corpo. Sulla base degli atti, dell'anamnesi richiesta, dell'esame clinico, possiamo dunque porre le diagnosi di sindrome fibromialgica generalizzata, decondizionamento muscolare, alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide lombare, esiti da spondilodisi dorsale, fissazione transpedicolare L4/L5 e fusione intercorpale L4/L5 a sinistra l' 11.6.2010, disturbi statici del rachide (accentuazione della lordosi lombare, minima scoliosi destroconvessa dorsale), periartropatia omeroscapolare bilaterale, obesità (peso 76,5 kg / statura 155,5 cm). Sul piano somatico, è auspicabile che l'assicurata corregga il suo sovrappeso corporeo, onde ridurre il carico sul passaggio lombosacrale, rispettivamente sulle articolazioni delle estremità inferiori, migliorando così anche la statica a riposo delle spalle; il calo ponderale, faciliterebbe anche il ricondizionamento progressivo del corsetto muscolare addominale e lombare auspicabile per stabilizzare la colonna lombare operata. Non è chiaro fino a che punto l'intervento chirurgico alle spalle bilaterali prospettato, migliorerà effettivamente i dolori lamentati alle spalle dall'assicurata, nel contesto della sintomatologia del dolore ubiquitario presente. L'assicurata attualmente è anche in cura psichiatrica ed è stata messa a beneficio di psicofarmaci. Per le affezioni reumatologiche strutturalmente spiegabili, giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico descritti nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro in misura del 100 con un rendimento massimo del 100 %, dall' 1.1.2011. Nella sua ultima attività principale come ausiliaria di pulizie, sempre a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati in allegato, giudico l'assicurata, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 40 %, al più tardi a decorrere dall' 1.1.2011, ossia a distanza di 6 mesi dall'intervento neurochirurgico al rachide lombare dell' 1 1.6.2010. Come casalinga, giudico l'assicurata, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa usuale, ma con una diminuzione del rendimento del 25 %, sempre a decorrere dall' 1.1.2011. La diminuzione del rendimento come ausiliaria di pulizie rispettivamente casalinga, è applicabile anche qualora queste attività venissero svolte a tempo parziale. È giustificata l'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività dall' 11.6.2010 fino al 31.12.2010 a seguito dell'intervento neurochirurgico praticato l' 11.6.2010 e del rispettivo periodo postoperatorio e di riabilitazione. L'intervento chirurgico ortopedico previsto alla spalla sinistra il 19.5.2011, porterà ad un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività, della durata di circa 3 mesi ed ovviamente verrà svolto in previsione di migliorare lo stato di salute dell'assicurata, per cui potrebbe portare ad una capacità funzionale migliorata per quanto riguarda le spalle. Consiglio alla spettabile assicurazione, di voler richiedere una valutazione della capacità lavorativa anche alla psichiatra curante, Dr.ssa _____ di _____ al fine di escludere motivi psichiatrici per l'inabilità lavorativa attualmente in atto. (...)" (doc. AI 66/6-10) Il perito, circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione, ha quindi concluso: " (...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Per le affezioni reumatologiche strutturalmente spiegabili, giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico descritti nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro in misura del 100% con un rendimento massimo del 100 %, dall' 1.1.2011. Nella sua ultima attività principale come ausiliaria di pulizie, sempre a seguito dei

limiti funzionali e di carico menzionati in allegato, giudico l'assicurata, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 40 %, al più tardi a decorrere dall'1.1.2011, ossia a distanza di 6 mesi dall'intervento neurochirurgico al rachide lombare dell'11.6.2010. Come casalinga, giudico l'assicurata, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa usuale, ma con una diminuzione del rendimento del 25 %, sempre a decorrere dall'1.1.2011. La diminuzione del rendimento come ausiliaria di pulizie rispettivamente casalinga, è applicabile anche qualora queste attività venissero svolte a tempo parziale. È giustificata l'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività dall'11.6.2010 fino al 31.12.2010 a seguito dell'intervento neurochirurgico praticato l'11.6.2010 e del rispettivo periodo postoperatorio e di riabilitazione. L'intervento chirurgico ortopedico previsto alla spalla sinistra il 19.5.2011, porterà ad un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività, della durata di circa 3 mesi ed ovviamente verrà svolto in previsione di migliorare lo stato di salute dell'assicurata, per cui potrebbe portare ad una capacità funzionale migliorata per quanto riguarda le spalle. (...)" (doc. Ai 66/10) Sulla base della valutazione del 4 aprile 2011 (doc. AI 72/1-2) l'Ufficio AI ordinato una visita presso il SMR (doc. AI 76/1). La dr.ssa _____, nel rapporto d'esame clinico del 16 giugno 2011 (doc. AI 77/4-8), posta la diagnosi di "(...) Sindrome ansiosa-depressiva (ICD 10 F 41.2) (...)" (doc. AI 77/7), ha espresso la seguente valutazione: "(...) Trattasi di un'A di 52 anni attiva come ausiliaria di pulizie al 50% che ha inoltrato domanda di prestazioni AI a seguito di una patologia reumatologica. Agli atti risulta che l'A è in cura psichiatrica dal 2002 dalla Dr.ssa _____ e viene inoltre posta una diagnosi di fibromialgia. Per tali motivi è stata ritenuta necessaria una valutazione psichiatrica. L'anamnesi raccolta, la documentazione agli atti, lo status psicopatologico e il decorso clinico orientano verso la diagnosi di una sindrome ansiosa depressiva insorta dagli anni 90 e che ha presentato periodi di recrudescenza della sintomatologia ma d'entità tale da non portare a menomazioni sul piano del funzionamento personale, familiare e lavorativo. Il funzionamento sociale e personale descritti sono tuttora buoni, non si evidenziano fattori che mettano in luce un decadimento: l'A infatti mantiene una buona capacità di strutturare ed organizzare la propria giornata, i rapporti interpersonali sono rimasti integri e l'A mostra una buona capacità di porsi in relazione con gli altri. Secondo i principi attuali della medicina assicurativa ci troviamo confrontati in presenza di un disturbo fibromialgico ad una valutazione dei criteri di Foerster: l'A presenta una comorbidità psichiatrica, di grado lieve; non sono stati infatti riferiti sintomi o quadri clinici riconducibili a disturbi psicotici, affettivi maggiori, ansiosi o di un disturbo di personalità. Non si sono evidenziati elementi paranoici come segnalati dalla psichiatra curante, nemmeno ora che l'A ha completamente interrotto la terapia antipsicotica. L'A non mostra un ritiro sociale, i rapporti con la rete sociale e familiare si sono mantenuti intatti. A livello terapeutico è stata sottoposta ad intervento chirurgico, con il quale si prospetta un miglioramento della funzionalità del braccio come asserito nella perizia del Dr. _____. Per tali motivi l'A in un'attività lavorativa semplice come quella abitualmente svolta, che non comporti troppe sollecitazioni sul piano personale, in ambienti di lavoro tranquilli è da ritenersi completamente abile. Nell'ambito delle mansioni di casalinga è in grado di organizzare, pianificare le attività domestiche che svolge da sola nel caso in cui siano leggere, mentre in quelle più impegnative si avvale dell'aiuto del coniuge che viene supervisionato dall'A stessa. Le limitazioni riferite sono da ricondurre alle menomazioni fisiche (già il Dr. _____ nella sua perizia riconosce che la patologia reumatologia limita l'A) mentre a livello psichico non emergono elementi quali disturbi cognitivi, della motivazione, dell'energia che

possano compromettere la capacità di adempiere le comuni attività domestiche. A livello psichiatrico quindi non mostra limitazioni della CL sia come salariata che come casalinga. Per quanto concerne la prognosi, il quadro si è mantenuto stabile negli anni nel senso che non si è assistito nel decorso longitudinale ad un deterioramento; la personalità semplice con limitate risorse di elaborazione porta l'A ad essere maggiormente suscettibile agli eventi stressanti esterni e alla riacutizzazione dello stato ansioso-depressivo che fino ad ora comunque ha assunto caratteristiche di gravità lieve. (...)" (doc. AI 77/7-8) L'Ufficio AI – ritenuta la valutazione SMR 18 gennaio 2012 del medico dr. _____ in merito alla documentazione medica prodotta con le osservazioni del 31 ottobre 2011 (doc. AI 97/1-3, 97/4-5 e 97/6-7) al progetto di decisione del 17 ottobre 2011 (doc. AI 90/1-4) – , con comunicazione del 13 febbraio 2012 (doc. AI 101/1-2), ha ordinato una rivalutazione reumatologica a cura del dr. _____. Il dr. _____, nella perizia reumatologica del 10 aprile 2012 (doc. AI 102/1-15), poste le diagnosi note, ha concluso che "(...) prendendo dunque atto dei dati soggettivi ma anche oggettivi sopraindicati, lo stato di salute sul piano strettamente reumatologico, non è sostanzialmente mutato dal 21.2.2011 (ndr.: data della precedente perizia del dr. _____ sub doc. AI 66/1-11) , per cui, come vedremo di seguito, la capacità funzionale e di carico residua non presenta sostanziali cambiamenti. (...)" (doc. AI 102/12). Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il dr. _____ ha infatti concluso: " (...) Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con un rendimento massimo del 100 %, a partire dall'1.1.2011. Nella sua ultima attività principale come ausiliaria di pulizie, riconfermo un'abilità lavorativa sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 40 % a decorrere dall' 1.1.2011. Come casalinga, la giudico abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 25 % dall'1.1.2011, come già dopo l'ultima valutazione peritale del 21.2.2011. È giustificata un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività, a decorrere dal 26.3.2011 fino, al più tardi, alla data dell'attuale rivalutazione peritale reumatologica del 10.4.2012, in quanto l'assicurata il 26.3.2011 è stata sottoposta a ricostruzione della cuffia rotatoria alla spalla sinistra, con decorso complicato da una capsulite retrattile, ora praticamente risolta, con normalizzazione della mobilità della spalla sinistra. (...)" (doc. AI 102/14) Viste le risultanze mediche sopra riprodotte, con rapporto finale del 18 aprile e annotazione dell'11 maggio 2012 (doc. AI 103/1-4 e 107/1), il dr. _____, medico SMR, ha confermato le seguenti incapacità lavorative: " (...) Attività abituale: IL 100% dal 27.10.2009 IL 40% dal 01.01.2011 (riduzione di rendimento) IL 100% dal 26.03.2011 IL 40% dal 10.04.2012 continua (riduzione di rendimento) Attività adeguata: IL 100% dal 27.10.2009 IL 0% dal 01.01.2011 IL 100% dal 26.03.2011 IL 0% dal 10.04.2012 continua Casalinga IL 100% dal 27.10.2009 IL 25% dal 01.01.2011 continua (riduzione di rendimento) (...)" (doc. AI 107/1) Con progetto del 14 maggio 2012, che annulla e sostituisce quello del 17 ottobre 2011 (doc. AI 90/1-4), l'Ufficio AI ha preavvisato all'assicurata il diritto ad una rendita intera dal 1. ottobre 2010 al 31 marzo 2011 ed a tre quarti di rendita dal 1. aprile 2011 al 31 luglio 2012 (doc. AI 110/1-5). La nuova documentazione medica prodotta con le osservazioni del 27 agosto 2012 al progetto del 14 maggio 2012 (cfr. doc. AI 119/1-17, 120/1-2 e 120/3-7) è stata sottoposta al dr. _____ (doc. AI 123/1) che, con complemento peritale del

E. 7

settembre 2012, ha osservato: " (...) La ringrazio per il suo scritto del 28.8.2012, al quale mi allega un rapporto di fine degenza redatto dallo specialista FMH in reumatologia Dr. _____, capo servizio presso la clinica di riabilitazione a _____, dove la signora RI 1 è rimasta degente dal 24.7.2012 all'11.8.2012; rammento che su vostro incarico, la signora RI 1 era stata sottoposta a perizia reumatologica presso il sottoscritto il 10.4.2012. Va subito notato che il rapporto medico redatto dal Dr. _____ non contiene elementi diagnostici nuovi non già noti al momento della valutazione peritale in questione; l'assicurata è stata dimessa dalla clinica di riabilitazione con un quadro clinico obbiettivo non sostanzialmente diverso da quello constatato dal sottoscritto il giorno della perizia il 10.4.2012; si nota alla descrizione dell'esame clinico alla dimissione un sicuro miglioramento della flessione lombare attiva rispetto alla mia valutazione del 10.4.2012; l'articolarietà della spalla sinistra alla dimissione è paragonabile a quanto constatato in ambito peritale; ovviamente l'assicurata, al termine della degenza riabilitativa, dovrà continuare a svolgere al proprio domicilio gli esercizi appresi, per poter mantenere i risultati conseguiti. In sintesi alla luce di tale rapporto, viene confermata la capacità funzionale e di carico residua, presente nell'assicurata il 10.4.2012, di conseguenza si conferma anche la capacità lavorativa in attività adatta allo stato di salute, rispettivamente nella professione abitualmente espletata, formulata il 10.4.2012. Ovviamente durante il periodo riabilitativo stazionario dal 24.7.2012 all'11.8.2012, la signora RI 1 era inabile al lavoro in misura totale per qualsiasi tipo di attività. Spero che queste mie indicazioni possano essere utili alla definizione della pratica. (...)" (doc. AI 127/1-2) L'Ufficio AI – ritenuti i periodi d'incapacità lavorativa posti nell'annotazione dell'11 maggio 2012 (doc. AI 107/1 sopra riprodotto) e confermato un periodo d'incapacità lavorativa totale dal 24 luglio all'11 agosto 2012 durante la degenza ospedaliera presso la Clinica di _____ (cfr. doc. AI 129/1) – con decisione 27 settembre 2012 ha quindi confermato il diritto ad una rendita intera dal 1. ottobre 2010 al 31 marzo 2011 ed a tre quarti di rendita dal 1. aprile 2011 al 31 luglio 2012 (doc. AI 131/1-3, 132/1-2 e le motivazioni sub doc. AI 128/1-5). 2.10. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Giova qui ricordare che 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. (...)" (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Nella STF 9C_323/2009 del 14 luglio 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 a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 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). Infine va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25

aprile 2008). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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). 2.11. 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 è giunto il dr. _____ che – fondandosi, in particolare, sulle perizie reumatologiche del 21 febbraio 2011 e del 10 aprile 2012 ed il complemento del 7 settembre 2012 del dr. _____ (doc. AI 66/1-11, 102/1-15 e 127/1-2) nonché sul rapporto della visita psichiatrica del 16 giugno 2011 del medico SMR dr.ssa _____ (doc. AI 77/1-8; in particolare laddove la dr.ssa _____ conclude che "(...) a livello psichiatrico quindi non mostra limitazioni della CL sia come salariata che come casalinga. (...)"; doc. AI 77/8) – ha compiutamente valutato tutta la documentazione medica agli atti, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che, oltre ad un'incapacità totale dal 24 luglio all'11 agosto 2012 durante la degenza presso la clinica di _____, conferma le seguenti incapacità lavorative: " (...) Attività abituale: IL 100% dal 27.10.2009 IL 40% dal 01.01.2011 (riduzione di rendimento) IL 100% dal 26.03.2011 IL 40% dal 10.04.2012 continua (riduzione di rendimento) Attività adeguata: IL 100% dal 27.10.2009 IL 0% dal 01.01.2011 IL 100% dal 26.03.2011 IL 0% dal 10.04.2012 continua Casalinga IL 100% dal 27.10.2009 IL 25% dal 01.01.2011 continua (riduzione di rendimento) (...)" (doc. AI 107/1) La valutazione del dr. _____ non è stata del resto validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, quanto al rapporto del 14 agosto 2012 del Servizio di riabilitazione di _____ concernente la degenza presso il citato centro dal 24 luglio all'11 agosto 2012 (doc. AI 119/1-12), lo stesso è stato sottoposto al dr. _____ che, con complemento peritale del 7 settembre 2012, ha osservato che "(...) va subito notato che il rapporto redatto dal Dr. _____ non contiene elementi diagnostici nuovi non già noti al momento della valutazione peritale in questione; l'assicurata è stata dimessa dalla clinica di riabilitazione con un quadro clinico obiettivo non sostanzialmente diverso da quello constatato dal sottoscritto il giorno della perizia il 10.4.2012; si nota alla descrizione dell'esame clinico alla dimissione un sicuro miglioramento della flessione lombare attiva rispetto alla mia valutazione del 10.4.2012; l'articolarietà della spalla sinistra alla dimissione è paragonabile a quanto constatato in ambito peritale; ovviamente l'assicurata, al termine della degenza riabilitativa, dovrà

continuare a svolgere al proprio domicilio gli esercizi appresi, per poter mantenere i risultati conseguiti. In sintesi alla luce di tale rapporto, viene confermata la capacità funzionale e di carico residua, presente nell'assicurata il 10.4.2012, di conseguenza si conferma anche la capacità lavorativa in attività adatta allo stato di salute, rispettivamente nella professione abitualmente espletata, formulata il 10.4.2012. (...)” (doc. AI 127/1). Per quanto concerne invece all'intervento di asportazione del lipoma sottocutaneo del 1. giugno 2012 (doc. AI 119/5-7) il dr. _____, nell'annotazione del 5 novembre 2012, ha osservato che “(...) il 1.6.2012 l'assicurata è stata sottoposta ad asportazione di lipoma sottocutaneo al braccio sinistro in anestesia locale, intervento che porta ad una IL massima di 2 settimane. (...)” (IV/bis). Questo Tribunale – ribadito che tanto le perizie reumatologiche (quella del 21 febbraio 2011 e quella del 10 aprile 2012) con complemento del 7 settembre 2012 del dr. _____ quanto il rapporto della visita psichiatrica del 16 giugno 2011 della dr.ssa _____ non sono stati validamente contestati e che agli stessi va riconosciuta piena forza probatoria – non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni a cui sono giunti i medici SMR fondandosi sugli stessi. Rispecchiando le suddette perizie tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.10), questo Tribunale non può quindi che confermare le conclusioni dei medici SMR sopra esposte. In questo senso, la domanda di rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché proceda ad una nuova valutazione medica e del persistere dell'incapacità lavorativa va respinta. In effetti, 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, *Bundes-verwaltungsrechtspflege*, 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. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre 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). In concreto la ricorrente non ha prodotto alcuna documentazione medica che non sia già stata vagliata dai medici del SMR e, in particolare, invitata espressamente a prendere posizione in merito all'annotazione del 5 novembre 2012 del dr. _____ (V e IV/bis) è rimasta silente. D'altra parte, per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assicurata quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire un'inchiesta domiciliare il 25 agosto 2011 (doc. AI 83/1-6). Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione domestica, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 19,5% (doc. AI 83/6). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto

delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni. Considerato che l'insorgente non ha formulato contestazioni al riguardo 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. Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica infatti unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). 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. Il TFA ha inoltre precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (AHI-Praxis 2001 pag. 161 consid. 3c; STFA del 2 febbraio 1999 nella causa M. J. V. e del 17 luglio 1990 nella causa W.), ritenuto che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta – strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica – è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003). Al riguardo va qui evidenziato, da una parte che, nel rapporto d'esame clinico del 16 giugno 2011 (doc. AI 77/4-8), la dr.ssa _____ ha rilevato che "(...) nell'ambito delle mansioni di casalinga è in grado di organizzare, pianificare le attività domestiche che svolge da sola nel caso in cui siano leggere, mentre in quelle più impegnative si avvale dell'aiuto del coniuge che viene supervisionato dall'A. stessa. Le limitazioni riferite sono da ricondurre alle menomazioni fisiche (già il Dr. _____ nella sua perizia riconosce che la patologia reumatologica limita l'A) mentre a livello psichico non emergono elementi quali disturbi cognitivi, della motivazione, dell'energia che possano compromettere la capacità di adempiere le comuni attività domestiche. (...)" (doc. AI 77/8) e dall'altra parte che il dr. _____, nella seconda perizia reumatologica del 10 aprile 2012, ha confermato che "(...) come casalinga la giudico abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 25% dall'1.1.2011, come già dopo l'ultima valutazione peritale del 21.2.2011. (...)" (doc. AI 102/14). Del resto va qui attirata l'attenzione della ricorrente sull'obbligo per l'assicurato di diminuire il danno che scaturisce da un principio generale delle assicurazioni sociali (DTF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3). In virtù di tale obbligo anche le persone occupate nell'economia domestica devono contribuire, di loro propria iniziativa e in misura ragionevolmente esigibile, al miglioramento della loro capacità al lavoro, segnatamente ripartendo meglio le incombenze e in generale ricorrendo all'aiuto dei familiari nella misura usuale secondo le particolari circostanze (DTF 133 V 504 consid. 4.2; sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). In

particolare nella DTF 133 V 504 il TF ha rammentato che se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. In questo senso, ribadito che questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi e che l'assistente sociale ha potuto considerare anche l'aiuto dei famigliari nei lavori che l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica – nell'inchiesta, in merito all'attività legata all'alimentazione, alla pulizia dell'appartamento, alla spesa e acquisti diversi e al bucato, confezione e riparazioni di indumenti, l'incaricata ha evidenziato che "(...) da quando la figlia vive con loro la aiuta nella preparazione, anche perché mangiano tutti insieme, soprattutto alla sera, quando rientra il coniuge. A causa dei dolori alla spalla sinistra riferisce delle difficoltà al momento di sollevare pentole piene di acqua, oppure usare oggetti con la vibrazione (come il frullatore), per questo i familiari la sostituiscono nello scolare la pasta e al momento di sminuzzare ingredienti o verdure. [...] Se in passato organizzava le pulizie a dipendenza degli orari di lavoro, con l'esacerbazione dei dolori le pulizie più impegnative ed approfondite dell'appartamento (come il lavaggio dei pavimenti o dei vetri), sono state delegate all'intervento della figlia, che le esegue settimanalmente, anche ora che vive con loro. [...] Come d'abitudine qualcuno dei familiari la accompagna invece in quella settimanale (n.d.r.: si riferisce alla spesa) e la sostituisce al momento di trasportare merce pesante o voluminosa, che a suo dire non riesce a portare per via dei dolori alla spalla sinistra, ma anche alla schiena. [...] Malgrado il subentrare del danno alla salute, continua ad occuparsi del bucato dell'intero nucleo familiare (escluso quello della figlia e dei nipotini), il coniuge la aiuta nel trasporto della cesta dei panni, così come la aiuta a stendere la roba sui fili posti in alto, altrimenti l'assicurata stende in balcone, soprattutto la roba poco ingombrante, come la biancheria. (...)” (doc. AI 83/3-4) – , la valutazione dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica 25 agosto 2011 va quindi confermata. 2.12. Ritenuto che sulla base dell'annotazione dell'11 maggio 2012 del dr. _____ (doc. AI 107/1) – annotazione che per le evenienze esposte al considerando 2.11 va qui confermata – l'insorgente è stata ritenuta inabile al lavoro, in qualsiasi attività, al 100% dal 27 ottobre 2009 al 31 dicembre 2010 e dal 26 marzo 2011 al 9 aprile 2012 e abile totalmente in un'attività adeguata e al 60% nell'attività abituale dal 1. gennaio al 25 marzo 2011 e dal 10 aprile 2012, occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dalla ricorrente dal profilo economico . Preliminarmente va ricordato che, 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), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2010 e del 2012 visto che l'anno di carenza è terminato con il mese di settembre 2010 e che la domanda di prestazioni è stata inoltrata nel marzo 2010 (cfr. consid. 1.1) e che nel 2012 vi è stato un miglioramento duraturo dello stato valetudinario. 2.12.1. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi

ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). (...)" Conformemente alla succitata giurisprudenza nel 2010 in concreto il reddito da valido ammonta a fr. 20'039.60 (salario annuale indicato dal datore di lavoro nella comunicazione dell'11 ottobre 2011 sub doc. AI 86/1). Nel 2012 il reddito da valido ammonta invece a fr. 20'249.61 (fr. 20'088.90 di salario annuo per il 2011 indicato dal datore di lavoro nella comunicazione dell'11 ottobre 2011 sub doc. AI 86/1, aumentati dello 0.8% per il 2012; cfr. la tabella Salari e reddito da lavoro – Indicatori Evoluzione dei salari - in totale (1939=100), pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica). 2.12.2. 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 (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11; SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido di fr. 52'728.-- (fr. 4'225.-- riportati su 41.6 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 12-2012, pag. 90] 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 2012 il reddito annuo ipotetico da invalido ammonta invece a fr. 53'681.32 (fr. 52'728.-- aumentati dell'1% per il 2011 e dello 0.8% per il 2012; cfr. la tabella Salari e reddito da lavoro – Indicatori Evoluzione dei salari - in totale (1939=100), pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica). Considerata l'evoluzione dell'incapacità lavorativa – incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 100% dal 27 ottobre 2009 al 31 dicembre 2010, diminuita, dal 1. gennaio 2011, al 40% nell'attività abituale e allo 0% in un'attività adeguata, poi aumentata al 100%, in qualsiasi attività, dal 26 marzo 2011 e quindi diminuita ancora, dal 10 aprile 2012, al 40% nell'attività abituale e allo 0% in un'attività adeguata – , applicata una riduzione del 15% (dalla decisione impugnata risulta che l'amministrazione ha riconosciuto una riduzione del 14% e meglio 4% per attività leggere e 10% per altri fattori di riduzione; va qui ricordata la giurisprudenza di questo Tribunale che nella sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, attualmente contestata davanti al Tribunale federale, ha osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale; in concreto ritenuto che l'Ufficio AI ha considerato due fattori (attività leggera e altri fattori di riduzione), per quanto sopra esposto, la riduzione potrebbe ammontare al massimo al 15%) e considerato l'attività lavorativa svolta nella misura del 50%, il reddito ipotetico da invalido, dopo l'anno di carenza, a ottobre 2010 è nullo e dall'aprile 2012 (dopo il miglioramento valetudinario duraturo dal 10 aprile 2012), con capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata, ammonta a fr. 22'814.56 (fr. 53'681.32 x 50% ridotti del 15%). Ritenuti i redditi da valido di fr. 20'039.60 (2010) e di fr. 20'249.61 (2012) (cfr. consid. 2.12.1) e quelli da invalido nullo dopo l'anno di carenza (2010) e di fr. 22'814.56 dall'aprile 2012, per la parte di salariata il discapito economico è del 100% fino al 9 aprile 2012 e nullo in seguito. Del resto, allo stesso risultato (nessun discapito economico per la parte di salariata dopo l'aprile 2012) 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). 2.12.3. Posta infine la ripartizione tra attività casalinga (50%) e salariata (50%) (cfr. consid. 2.8) e ritenute le limitazioni, quale casalinga del 100% dall'ottobre 2009 e del 19.5% dal 1. gennaio 2011 (cfr. consid. 2.11 e i doc. AI 107/1 e 83/1-6) e, quale salariata

del 100% dall'ottobre 2009 fino (fatta salva un'interruzione inferiore ai tre mesi dal 1. gennaio al 26 marzo 2011; cfr. doc. AI 107/1) all'aprile 2012 (cfr. consid. 2.12.3), il grado d'invalidità globale è del 100% dall'ottobre 2010 (dopo l'anno di carenza), del 60% dal 1. aprile 2011 (tre mesi dopo il miglioramento della capacità quale casalinga; $50 \times 100\% + 50 \times 19.5\% = 59.75\%$ arrotondato al 60% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) e del 10% dal 1. agosto 2012 (tre mesi dopo il miglioramento duraturo dalla capacità lavorativa dal 10 aprile 2012; $50 \times 0\% + 50 \times 19.5\% = 9.75\%$ arrotondato al 10%). È dunque a ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. ottobre 2010 al 31 marzo 2011 ed a una rendita di tre quarti dal 1. aprile 2011 al 31 luglio 2012 (circa l'applicazione analogica dell'art. 88a cpv. 1 OAI nel caso di una decisione retroattiva di rendita scalare limitata nel tempo cfr. la STF 8C_153/2013 del 10 maggio 2013 consid. 2 e riferimenti). 2.13. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.14. 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.