

TI_GERICHTE 32.2013.18 vom 7. Dezember 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-12-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.18

FR: TI_GERICHTE 32.2013.18 du 7 décembre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2013.18 del 7 dicembre 2012

Regeste

Corretta la decisione con la quale UAI, in applicazione del metodo misto di calcolo, ha rifiutato all'assicurata il diritto ad una rendita di invalidità, in mancanza di un sufficiente grado di invalidità

Erwägungen

E. 12

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). In una sentenza 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, 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). La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la

fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) Il Tribunale Federale, in una sentenza 9C_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in DTF 137 V 64, ha poi esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unzufälladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” A ffinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105

ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui

compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle

assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.7. Al fine di stabilire il grado d'invalidità, l'Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato all'80% la parte dedicata all'attività salariata e al 20% la quota dedicata alle mansioni domestiche. La patrocinatrice della ricorrente - dopo avere evidenziato di ritenere corretta, seppure penalizzante, l'applicabilità del metodo misto, alla luce delle dichiarazioni del 9 settembre 2009 dell'assicurata stessa e di quanto indicato dalle assistenti sociali nei rapporti delle inchieste domiciliari del 19 ottobre 2010 e del 10 ottobre 2012 - ha poi rilevato che l'interessata, senza il danno alla salute, eserciterebbe ora un'attività a tempo pieno, vista la soppressione dell'assegno integrativo con il compimento dei 15 anni da parte del secondogenito, nato l'8 settembre 1998 e viste le ristrettezze familiari della famiglia (cfr. doc. III, nel quale la patrocinatrice ha indicato che "a causa delle ristrettezze finanziarie e della costante preoccupazione di non avere mezzi sufficienti per vivere e permettere ai figli di studiare (fonte di stress è il fatto che con il compimento dei 15 anni del secondogenito viene meno anche l'assegno integrativo - cfr. perizia dr.ssa _____), l'assicurata, se ne avesse le risorse psichiche e fisiche, eserciterebbe un'attività lucrativa a tempo pieno"). L'Ufficio AI, nella risposta di causa, ha confermato la correttezza del metodo misto di calcolo del grado di invalidità (doc. X).

2.7.1. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP

1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, BG über die IV*, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pagg. 190s). Riguardo alla scelta del metodo di calcolo applicabile nei singoli casi, in una sentenza I 276/05 del 24 aprile 2006, il TFA (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che: " 2.3. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références)." Tale giurisprudenza è nuovamente stata confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C_48/2013 del 9 luglio 2013, nella quale ha ribadito che "l'esame del metodo di valutazione applicabile va effettuato tanto al momento iniziale del diritto alla rendita quanto a quello della sua revisione. Costituiscono in particolare motivo di revisione una modifica considerevole dello stato di salute oppure la modifica delle conseguenze sulla capacità di guadagno di uno stato di salute rimasto di per sé invariato (DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti) come pure delle circostanze (ipotetiche) stesse che hanno determinato la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 3b pag. 199)".

2.7.2. Nella presente fattispecie, dagli atti emerge che l'assicurata, madre di due figli - nati nel 1992 e nel 1998 - dopo avere ottenuto l'attestato federale di capacità nel 1980, ha lavorato come assistente geriatrica a tempo pieno fino al momento del matrimonio, avvenuto nel 1991, riducendo poi la percentuale lavorativa all'80%. Dopo la nascita, nel 1992, della prima figlia, ella ha poi totalmente interrotto l'attività lavorativa, per potersi dedicare alla famiglia e alla cura dei figli. Con scritto del 9 settembre 2009, l'assicurata stessa ha comunicato all'Ufficio AI che "se fossi stata in salute avrei cercato di lavorare all'80% riprendendo la mia professione, così da non avere problemi finanziari" (doc. 11-1). Tale volontà è stata poi ribadita dall'assicurata in occasione della inchiesta domiciliare del

19 ottobre 2010 (cfr. doc. 25-2, nel quale l'assistente sociale ha indicato che "in assenza del danno alla salute lavorerebbe nella misura del 60%-80%, a dipendenza dell'offerta) e della successiva inchiesta del 3 ottobre 2012 (cfr. doc. 66-2, in cui si legge che "sicuramente la signora RI 1 afferma che oggi, in assenza del danno alla salute, lavorerebbe in modo da poter vivere adeguatamente e offrire la possibilità ai figli di seguire gli studi desiderati. Non riesce ad esprimere una percentuale precisa, ma molto probabilmente tra il 60% e l'80%, per avere ancora del tempo libero e per la casa"). Alla luce di queste chiare dichiarazioni rese dall'assicurata stessa, il TCA concorda con la ripartizione dell'80% per la parte dedicata all'attività salariata e del 20% per la quota dedicata alle mansioni domestiche operata dall'amministrazione nella decisione impugnata (del dicembre 2012). Quanto alla necessità, evidenziata in sede ricorsuale, per l'assicurata, se solo fosse in buona salute, di svolgere un'attività lavorativa a tempo pieno a partire dal compimento del quindicesimo anno da parte del secondo figlio (avvenuto nel settembre 2013), con la conseguente soppressione dell'assegno integrativo, questo Tribunale rileva che tale questione dovrà essere tenuta in considerazione in sede di istruttoria di un'eventuale nuova domanda, posto che, conformemente alla giurisprudenza federale sopra esposta (cfr. consid. 2.7.1.), l'amministrazione deve tenere conto dell'evoluzione della situazione della persona assicurata fino al momento di emanazione della decisione amministrativa. 2.8. Nel caso di specie, dagli atti di causa risulta che l'Ufficio AI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, ha affidato il compito di esperire una perizia psichiatrica ai medici del _____ (dr. _____) e una perizia reumatologica al dr. _____. Da tali accertamenti peritali è emerso - come riassunto dal dr. _____ del SMR nel rapporto finale del 5 aprile 2012 - che l'assicurata presenta quali diagnosi principali quelle di "sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2); disturbo misto di personalità (ICD10-F61.0), con tratti di tipo immaturo, psiconevrotico e istrionico"; quali ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa quelle di "sindrome panvertebrale cronica con componente spondilogenica in: alterazioni degenerative della colonna cervicale (discopatia con uncartrosi C5/C6); alterazioni degenerative della colonna lombare (discopatia L4/L5 e L5/S1 con protrusione discale mediana con impronta sul sacco durale e sulle radici di L5, piccola protrusione discale focale mediana L5/S1, spondilartrosi, possibile instabilità segmentale); disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi sinistro-convessa altodorsale, destroconvessa lombare); decondizionamento e sbilancio muscolare" e, quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quelle di "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); tendenza fibromialgica" (doc. 60-1). Alla luce di tali patologie, i periti hanno considerato l'assicurata ancora abile al lavoro nella misura dell'80% nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali e come casalinga (doc. 62-1). Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, viste le risultanze mediche appena esposte e richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.6.), non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale psichiatrica del _____ e quella reumatologica del dr. _____, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Dal profilo reumatologico, difatti, le conclusioni alle quali è giunto nel referto peritale del 27 marzo 2012 il dr. _____, spec. FMH in reumatologia e medicina interna - secondo le quali l'assicurata è inabile al lavoro nella misura del 25% a partire dal 2009 nella sua ultima attività principale di casalinga, ma abile al lavoro al 100% con un rendimento del 100% in

un'attività lavorativa adeguata, rispettosa delle sue limitazioni funzionali (doc. 59/7-8) - non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Inoltre, il TCA rileva che, a fronte delle contestazioni ricorsuali riguardanti la mancata indicazione da parte del perito della percentuale di capacità lavorativa dell'interessata nello svolgimento della sua originaria professione di assistente geriatrica (doc. III) e rispondendo ad una esplicita richiesta di chiarimenti a tale proposito da parte del dr. _____ del SMR (doc. X/1), il dr. _____, con scritto dell'11 marzo 2013, ha rilevato che "prendendo atto dei limiti funzionali e di carico tracciati dopo la valutazione peritale in questione, il rendimento lavorativo per questo tipo di lavoro appare compromesso nella misura del 60% sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, a partire dal momento in cui il medico curante ha espresso un'inabilità lavorativa totale" (doc. X/2). Il TCA condivide questa conclusione del perito reumatologo, del resto pure espressamente accettata dalla patrocinatrice della ricorrente (cfr. doc. XII). Quanto agli aspetti psichici, il TCA concorda con la valutazione peritale espressa dal dr. _____ del _____. Lo specialista, nel referto del 13 dicembre 2011, poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2) e disturbo misto di personalità (ICD10-F61.0), con tratti di tipo immaturo, psiconevrotico ed istrionico" e, quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, quella di "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)", ha considerato l'assicurata inabile al lavoro nella misura massima del 20% da agosto 2010 (doc. 53/8-9). Il TCA rileva, infatti, che nel proprio referto peritale il dr. _____ ha motivatamente esposto le ragioni per le quali egli ha ritenuto, contrariamente a quanto certificato dalla psichiatra curante, di potere confermare le diagnosi già poste dalla dr.ssa _____ nella precedente perizia peritale del _____ del luglio 2010. Il perito ha infatti espressamente rilevato che "rispetto alla precedente valutazione psichiatrica avvenuta nel mese di luglio 2010 dalla dr.ssa _____ la situazione appare sostanzialmente invariata", sottolineando che "in particolare gli aspetti ansioso-depressivi oggettivati nel corso dell'attuale accertamento clinico ricalcano quanto a suo tempo rilevato dal perito", così come pure "immodificati sono rimasti gli aspetti legati alle modeste risorse adattative della peritanda che l'hanno portata e la mantengono tuttora in una condizione di scarsa reattività di fronte alle esigenze socio-lavorative, così come immodificati risultano i comportamenti regressivi di delega alle istituzioni di far fronte in sua vece a tali esigenze" (doc. 53-8). L'unica differenza constatata dal dr. _____ rispetto alla precedente valutazione peritale della dr.ssa _____ è costituita "dai tratti personologici attualmente obiettivati di tipo istrionico nel cui ambito è evidenziabile una forte caratterizzazione dei propri disturbi nel tentativo di polarizzare l'interesse degli altri con aspetti di teatralità, iperespressività ed iperemotività" (doc. 53-8). Il perito psichiatra ha poi spiegato che come già constatato dalla precedente perizia psichiatrica della dr.ssa _____ e contrariamente a quanto attestato dalla psichiatra curante - la quale ha diagnosticato l'esistenza di un "disturbo di personalità emotivamente instabile con stati prepsicotici (ICD10-F60.3)" (cfr. doc. 31-1) - egli non ha evidenziato dei "disturbi riconducibili a un deficit personologico di tipo emotivamente instabile o tratti pre-psicotici", spiegandone le ragioni (doc. 53-8). Le considerazioni di senso contrario espresse dalla psichiatra curante, dr.ssa _____, nello scritto del 6 gennaio 2012 (doc. 55/1-2) e in quello del 6 novembre 2012 (doc. 73/1-4) - nei quali questa specialista ha rilevato che, a seguito del peggioramento delle condizioni psichiche intervenuto a partire dalla fine dell'estate 2011, "non può essere considerata esigibile una ripresa dell'attività

lavorativa, tenuto conto del disturbo depressivo cronicizzato, della compromissione delle capacità organizzative, dell'elevato livello di vulnerabilità allo stress con rischio di ricadute, della compromissione dell'esame della realtà" (doc. 73-3) – non possono essere condivise da questo Tribunale, alla luce delle motivazioni fornite, su esplicita richiesta del SMR (doc. 77-1), dallo stesso dr. _____.

Nel complemento peritale del 27 novembre 2012, il dr. _____ ha infatti ribadito la correttezza della propria valutazione peritale, rilevando che: " Come ho già avuto modo di esprimere nel mio elaborato peritale del 13.12.2011, ciò che era emerso e peraltro ammesso dalla stessa peritanda era il fatto che a giocare un ruolo di primo piano nello stato di disagio lamentato fosse la sua precaria situazione finanziaria. È evidente che dopo l'ennesimo rifiuto delle prestazioni assicurative la peritanda non faccia "salti di gioia", ma il punto non è questo. La peritanda ha continuato, e mi pare di capire che continua, a pretendere una presa a carico da parte delle istituzioni senza avere mai fatto un reale tentativo di rientrare nel mondo del lavoro. Il mio parere pertanto è che non ci siano condizioni nuove tali da modificare le valutazioni espresse nella citata valutazione peritale di dicembre 2011." (Doc. 78-2) Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni del perito psichiatra del _____.

Se, da una parte, è vero, come indicato dalla patrocinatrice dell'assicurata in sede ricorsuale, che il dr. _____ non ha preso visione del referto del 6 gennaio 2012 della psichiatra curante, questo Tribunale rileva, d'altra parte, che il dr. _____ del SMR ha espressamente sottoposto al perito del _____ lo scritto del 6 novembre 2012, nel quale la psichiatra curante ha ribadito quanto già illustrato nella precedente presa di posizione del 6 gennaio 2012, adducendo l'esistenza di un peggioramento delle condizioni psichiche dell'interessata tali da rendere inesigibile una ripresa lavorativa e ribadendo l'esistenza delle diagnosi già più volte da ella certificate in precedenza (cfr. doc. 31-1; doc. 55-1; doc. 73-2). Il TCA non può quindi ritenere lacunosa la risposta fornita dal dr. _____, come preteso invece dalla patrocinatrice della ricorrente. Le sue conclusioni sono state, del resto, pienamente condivise sia dal dr. _____ del SMR (cfr. doc. 79-1), sia dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____, psichiatra del SMR, nelle annotazioni del 14 marzo 2013 (doc. X/3). La risposta fornita dalla dr.ssa _____ ha dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C_203/2008 del 26 marzo 2009). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va

différemment que si ces méde-cins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte ha nuovamente confermato la sua giurisprudenza nella STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2, nella quale ha ribadito la correttezza della valutazione eseguita dai periti del Centro peritale, anziché quella del curante, osservando che " a ciò si aggiunge che la valutazione del primo giudice tiene meglio conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr., tra le tante, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti)". In una sentenza 9C_185/2013 del 17 aprile 2013, l'Alta Corte, confermando la STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013, ha ritenuto corretta, nonostante la certificazione dello psichiatra curante, la valutazione peritale psichiatrica eseguita dal SAM, ricordando che, in presenza di perizie esterne, il solo fatto che uno o più curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimetterle in discussione e ad imporre nuovi accertamenti (cfr. fra le tante 9C_330/2012 del 7 settembre 2012 consid. 4; 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4. con riferimenti). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dal profilo psichico dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal dr. _____ del _____. Si ricorda tuttavia che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti dell'assicurata nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice. Infine, il TCA non può condividere la contestazione della rappresentante della ricorrente a proposito del fatto che il perito psichiatra non si sarebbe posto la domanda centrale di sapere "se l'assicurata dispone delle risorse per potere modificare la sua tendenza regressiva assunta negli anni con convincimento di compromesse competenze lucrative" (doc. III). Al riguardo, infatti, nel referto peritale del 13 dicembre 2011 il dr. _____ ha espressamente indicato che tale atteggiamento dell'interessata "non va letto come effettiva perdita della capacità di funzionare sul piano lavorativo", ma come tendenza "ad attirare l'attenzione sulla situazione di disagio sociale che vive e di cui la manifestazione caratteristica e più evidente è rappresentata dall'acutizzazione dei dolori muscolo-scheletrici diffusi" (doc. 53-8). In tale ambito, il TCA rileva che la sindrome somatoforme dolorosa che affligge l'interessata, contrariamente a quanto preteso dalla psichiatra curante, non può essere considerata invalidante ai sensi della giurisprudenza sopra esposta (cfr. consid. 2.5.), come del resto già indicato nella precedente valutazione peritale del 26 luglio 2010 dalla dr.ssa _____ e come confermato nel referto peritale del 13 dicembre 2011 dal dr. _____. Pertanto, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che, a partire dal mese di agosto 2009, l'assicurata sia inabile al lavoro al 60% nella sua precedente attività di assistente geriatrica, mentre, a

partire da agosto 2010, sia ancora abile al lavoro all'80% in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali. 2.9. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assicurata quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire una nuova inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica: nel rapporto del 10 ottobre 2012 l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 21% (cfr. doc. 66/1-7), di poco superiore alla limitazione complessiva del 18% stabilita dalla precedente assistente sociale nel rapporto del 21 ottobre 2010 (doc. 25-5) e confermata nella decisione del 7 febbraio 2011, cresciuta incontestata in giudicato (doc. 36).

2.10. Come è già stato anticipato ai consid. 2.3. e 2.4., l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività nell'economia domestica ancora accessibili al richiedente la rendita AI, con i lavori che può eseguire una persona sana. Secondo le regole stabilite dalla prassi amministrativa e riportate alle cifre 2122ss nelle Direttive UFAS sull'invalidità e la grande invalidità in vigore dal 1° gennaio del 1990. In particolare la cifra 2124 prevede: " in occasione dell'esame dell'impedimento - dovuto all'invalidità - riscontrato presso una persona occupata nell'economia domestica, ci si basa generalmente sulla ripartizione dei lavori esistenti prima dell'insorgere dell'invalidità. In primo luogo si deve tuttavia esaminare se l'assicurato non ha la possibilità di usare meglio la sua residua capacità di lavoro mediante un'altra ripartizione dei compiti." La cifra 2122 prevede che: " Quale regola generale si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva. Lavori

Economia senza figli e senza membri di famiglia che richiedono cure	% 1.
1. Conduzione dell'economia domestica, (pianificazione, organizzazione del lavoro, controllo diversi della cucina dell'appartamento)	10
2. Spese e acquisti	5
3. Alimentazione (preparazione dei pasti, lavori di pulizia della cucina)	10
4. Pulizia dell'appartamento	40
5. Bucato, pulizia dei vestiti, confezione e trasformazione degli abiti, (cucito, maglia, uncinetto)	10
6. Cura dei figli e di altri membri della famiglia Diversi (cura di terzi, cura delle piante e degli animali, giardinaggio)	--- 7.
8. Altre attività (p. es. aiuto alla famiglia stessa, attività di utilità pubblica, perfezionamento, creazione artistica, attività superiore alla media nella confezione e nella trasformazione dei vestiti).	20"

In Pratique VSI 1997 pag. 299ss, l'UFAS ha precisato di aver emesso delle direttive supplementari (supplemento 1 alle Direttive sull'invalidità e sulla grande invalidità, valido dal 1. gennaio 1993) che accordano il diritto agli Uffici AI dei diversi cantoni di valutare la sfera di competenze di una persona attiva nell'economia domestica su casi differenti (cifre 2127ss.). In una sentenza del 17 febbraio 1997 nella causa M.T. (pubblicata in Pratique VSI 1997 pag. 298ss) il TFA ha stabilito che il complesso delle occupazioni abituali degli assicurati attivi in ambito domestico deve corrispondere, in ogni caso, ad un valore pari al 100%. Una differenziazione che si orienta alle dimensioni dell'economia domestica con la conseguenza che, in caso di economia domestica di dimensioni ridotte si ammetterebbe un aggravio complessivo inferiore al 100%, è contrario alla legge e alle ordinanze. Inoltre nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CII), in vigore dal 1° gennaio 2000, l'UFAS, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera (cfr. Cifra 3097), ha previsto una nuova ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo - che nel caso concreto risultano essere

stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse. In particolare la cifra 3095 prevede: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva: Attività Minimo % Massimo % 1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo) 2 5 2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento) 10 50 3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti) 5 20 4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici) 5 10 5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe) 5 20 6. Accudire i figli o altri familiari 0 30 7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)* 0 50 * Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)." Mentre alle cifre 3096 e ss. si legge ancora: " Il totale delle attività dev'essere sempre del 100 % (Pratique VSI 1997 p. 298). Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 p. 244). All'occorrenza gli atti vanno sottoposti all'UFAS con una proposta. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1045 e 3045 segg.). Essa deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia, nella misura abituale. Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico." In una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000, l'Alta Corte ha nuovamente confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Per quanto riguarda la determinazione dell'invalidità di persone occupate nell'economia domestica, il TFA ha inoltre già avuto modo di stabilire 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 p. 291 consid. 4a; ZAK 1986 p. 235 consid. 2d; RCC 1984 p. 143, consid. 5; STFA 22 agosto 2001 nella causa C.G., consid. 4, I 102/00). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA 11 agosto 2003 nella causa S. consid. 2, I 681/02). Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (Valterio, op. cit., p. 211; RCC 1989 p. 131 consid. 5b, 1984 p. 144 consid. 5). Nella già citata DTF 128 V 93, il TFA, a proposito del valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'ufficio AI, ha rilevato: " (...) 4.- Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Betreuungsaufwandes. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich,

dass als Berichtstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Obwohl von zentraler Bedeutung für die Beurteilung des Anspruchs auf Beiträge an die Hauspflege und im Hinblick auf die Beweiswürdigung regelmässig zumindest wünschenswert, besteht an sich keine strikte Verpflichtung, die an Ort und Stelle erfassten Angaben der versicherten Person (oder ihrem gesetzlichen Vertreter) zur Durchsicht und Bestätigung vorzulegen. Nach Art. 73bis Abs. 1 IVV genügt es, wenn ihr im Rahmen des Anhörungsverfahrens das volle Akteneinsichtsrecht gewährt und ihr Gelegenheit gegeben wird, sich zu den Ergebnissen der Abklärung zu äussern (vgl.-generell- BGE 125 V 404 Erw. 3, bie Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01)." 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 p. 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 11 agosto 2003 nella causa S., I 681/02 e del 28 febbraio 2003 nella causa S., I 685/02). 2.11. Come detto, l'Ufficio AI ha incaricato l'assistente sociale di esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica sfociata nel rapporto del 10 ottobre 2012 (cfr. doc. 66-1 e segg.) del seguente tenore: "(...) 5. ATTIVITÀ - descrizione degli impedimenti dovuti all'invalidità 5.1 Conduzione dell'economia domestica pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo importanza assegnata 5 % percentuale degli impedimenti 0% percentuale di invalidità 0 % Non vi sono impedimenti nella conduzione e pianificazione del ménage domestico. 5.2 Alimentazione preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve importanza assegnata 35% percentuale degli impedimenti 20 % percentuale di invalidità 7% La preparazione dei pasti viene eseguita dall'A.ta "perché deve"; i piatti sono per lo più sempre gli stessi, risultato di pietanze surgelate, veloci da preparare. Alterna frequentemente la postura, onde evitare di caricare troppo il corpo. Deve svolgere questa mansione in un ambiente calmo e privo di rumori altrimenti si distrae facilmente e "va in confusione". Carica tutto, eccetto le pentole, in lavastoviglie e si dedica personalmente alla pulizia del piano di lavoro La pulizia a fondo della cucina non è più stata eseguita. La percentuale proposta considera un minor rendimento soprattutto per ciò che concerne la pulizia a fondo della cucina. L'attività

culinaria non comporta in sé sforzi eccessivi ed è eseguibile con l'alternanza della postura e con i dovuti tempi. È inoltre esigibile da parte dei figli una loro collaborazione nel riordino quotidiano. 5.3 Pulizia dell'appartamento rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti, ecc. importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 40 % percentuale di invalidità 8% Ogni 3-4 settimane arriva l'aiuto domiciliare per la pulizia a fondo di pavimenti e bagno. La regolarità dell'intervento non soddisfa i reali bisogni, spiega la signora RI 1, bensì risponde alla possibilità massima di rimborso della cassa malati. L'A.ta lamenta una grande difficoltà nell'attivarsi e nel portare a termine le mansioni casalinghe. L'aspirapolvere la passa solamente quando se la sente e per lo più al bisogno, senza regolarità; i pavimenti li lava ancor meno frequentemente. Anche solo lo spolverare è diventato un compito "che le pesa". Continua poi spiegando che spesso non esegue le pulizie proprio perché sa che non sarà in grado di portarle a termine. Il figlio porta fuori la spazzatura e la figlia si occupa occasionalmente della propria camera. Nella nostra valutazione teniamo conto delle dichiarazioni dell'A.ta che in parte rispecchiano i limiti all'incarto. Tuttavia la signora RI 1 ha la possibilità di suddividere le mansioni su più giorni alla settimana, occupandosi ad esempio di un locale al giorno. Risulta inoltre esigibile la collaborazione dei figli. 5.4 Spesa e acquisti diversi compresi pagamenti, trattative assicurazioni e rapporti ufficiali importanza assegnata 10% percentuale degli impedimenti 10 % percentuale di invalidità 1% Per la spesa l'A.ta si reca a piedi al _____ sotto casa oppure alla vicina _____ (rigorosamente in automobile). Lamenta difficoltà nel trasporto di merce pesante, ma ammette pure che solitamente non ha carichi eccessivi. L'automobile la posteggia poi nel garage sotterraneo dal quale prende l'ascensore fino in casa così non deve trasportare la spesa per lunghi tratti. Al rientro a casa è esausta. Si occupa personalmente, quando se la sente, dei propri pagamenti ma ammette di mantenere una certa regolarità. L'affitto e il premio di cassa malati vengono pagati tramite addebito diretto. La valutazione proposta considera la possibilità di distribuire le varie occasioni di acquisto sull'arco della settimana riducendo in tal modo i pesi trasportati. È altresì esigibile la collaborazione dei figli. 5.5 Bucato, confezione e riparazioni di indumenti lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia, ecc. importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 20 % percentuale di invalidità 4% Due volte a settimana ha il turno per il bucato, quindi può distribuire i carichi come meglio preferisce. Inoltre, trasporta gli indumenti poco alla volta, ma se troppo pesante trascina la cesta. Anche questo compito la rende esausta così, se una volta stirava gli indumenti il giorno dopo, adesso stira quando se la sente, impiegando sicuramente più tempo poiché "fa a tappe". Usa l'asciugatrice prevalentemente per le lenzuola e gli asciugamani, altrimenti stende sui fili in lavanderia, dove però può appoggiare la cesta su uno sgabello alto per evitare di flettere in avanti. Non si è mai dedicata a lavori a maglia. Teniamo sicuramente conto di un allungamento dei tempi di esecuzione ma è altresì esigibile una maggior collaborazione da parte dei figli. 5.6 Cura dei bambini e di altri membri della famiglia compresa educazione, attività comuni, compiti, ecc. importanza assegnata 10% percentuale degli impedimenti 10% percentuale di invalidità 1% I ragazzi, fortunatamente, spiega l'A.ta, sono bravi a scuola ed educati. Simone, in piena età adolescenziale, esprime opposizione alle richieste della madre, la quale ammette di non avere la forza necessaria per affrontarlo. Porta il figlio agli allenamenti di basket, tre volte a settimana mentre lo va a riprendere il papà. Possiamo ammettere un minimo impedimento per quanto riguarda l'educazione del figlio che a volte è fonte di ansia e stress che la rendono esausta. 5.7 Diversi cura delle piante, giardinaggio, cura degli animali, attività di utilità pubblica, creazione artistica, impegno a favore di terzi,

volontariato importanza assegnata 0 % percentuale degli impedimenti 0 % percentuale di invalidità 0 % La signora RI 1 non dichiara attività in questo ambito. Valutazione dell'assistente sociale totale delle attività 100 % percentuale di invalidità 21% ■ Chi esegue i lavori, che a causa della sua invalidità, l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica? Indicare il nome, l'indirizzo, il grado di parentela, genere dei lavori delegati, ore di lavoro per settimana e salario orario versato. Aiuto domiciliare 1x/3 sett.. Da quando il danno alla salute ha avuto ripercussioni sulla capacità al lavoro? Da ormai diversi anni.” (Doc. 66/4-7) 2.12. Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha quindi stabilito una limitazione complessiva del 21%. Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Va innanzitutto 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. D'altra parte, esaminate singolarmente le valutazioni dell'assistente sociale circa gli impedimenti dovuti all'invalidità, questo Tribunale ritiene che non siano ravvisabili elementi che consentano di mettere in dubbio l'attendibilità della valutazione operata dall'assistente sociale, la quale non appare arbitraria e risulta conforme alle circostanze ed ai riscontri concreti e in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurata medesima nell'ambito dell'inchiesta domiciliare, le quali risultano infatti del tutto attendibili. Inoltre, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche siano del tutto affidabili e compatibili con gli impedimenti accertati in sede medica. Nella presente fattispecie, già è stato detto che per quanto riguarda l'aspetto medico, la perizia del _____ e quella del dr. _____ hanno compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (sul valore probatorio di rapporti medici cfr. in particolare DTF 125 V 352 consid. 3a con riferimenti, 123 V 176, 122 V 161; cfr. consid. 2.6.). Conforme alla giurisprudenza (cfr. DTF 130 V 97, STF I 126/07 del 6 agosto 2007) è 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 figli dell'assicurata. Va poi nuovamente 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 (RCC 1984 p. 143 consid. 5; precitate sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). Alla luce delle considerazioni che precedono e tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo TCA non può che ritenere corretto il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga stabilito dall'UAI sulla base dell'accertamento domiciliare e rimasto, del resto, incontestato in sede ricorsuale. 2.13. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a) , occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.14. Per

quanto concerne il reddito da valido , il cui importo non è stato del resto contestato in sede di ricorso, nella decisione impugnata l'UAI ha quantificato il reddito che l'assicurata avrebbe potuto percepire da sana nel 2010, lavorando all'80%, in fr. 56'938, facendo riferimento ai dati statistici salariali di cui alle Tabelle RSS, settore 85 "sanità e servizi sociali", livello di qualifica 3 (cfr. doc. 67-5), posto che prima del danno alla salute ella non lavorava ma era iscritta in disoccupazione. Il TCA non ha motivo per discostarsi da tale dato, incontestato. Al riguardo è utile rammentare che il Tribunale federale delle assicurazioni ha ribadito in diverse occasioni che il metodo misto applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; SVR 2006 IV Nr. 42). In una sentenza I 246/05 del 30 ottobre 2007, pubblicata in DTF 134 V 9, il Tribunale federale ha indicato che, nell'ambito della valutazione dell'invalidità secondo il metodo misto, una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività è da prendere in considerazione solo a determinate condizioni (consid. 7). Dagli atti all'incanto non emergono indizi tali da fare ritenere che nel caso di specie le riduzioni della capacità nell'ambito professionale e in quello casalingo siano influenzate da maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività. Va inoltre evidenziato che nella STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, pubblicata in RtiD I-2009, pag. 255, il Tribunale federale ha annullato la decisione cantonale - con la quale il primo giudice aveva dimezzato la rendita spettante ad un'assicurata (anziché ridurla ad un quarto, come deciso dall'UAI), dopo avere raffrontato il reddito che avrebbe potuto percepire l'assicurata, lavorando al 100% nella sua usuale attività (che ella esercitava al 50%) con quanto avrebbe potuto guadagnare, al 50%, in attività adeguate - sottolineando che nel raffronto dei redditi, in applicazione del metodo misto, occorre confrontare quanto l'assicurata avrebbe potuto guadagnare nella sua attività esercitata a tempo parziale, con quanto può conseguire in attività adeguate al suo stato di salute. Il risultato così ottenuto va poi rapportato alla quota parte in attività salariata. L'Alta Corte ha infatti rilevato che: " 4.5 A ragione l'Ufficio ricorrente rimprovera al primo giudice di avere contrapposto al reddito da invalida (incontestato) di fr. 18'162.- (ottenuto tenendo conto di una ridotta capacità [v. consid. 4.3] di svolgere attività semplici, leggere e poco qualificate come ad esempio quella di ausiliaria delle pulizie, stiratrice, ausiliaria di lavanderia, custode ecc.) un reddito senza invalidità a tempo pieno. Tale valutazione è giuridicamente errata e contraria alla giurisprudenza sviluppata in applicazione del metodo misto, secondo la quale per la valutazione dell'invalidità in ambito lucrativo fanno stato i redditi da valido e da invalido determinati sulla base temporale di un'attività lucrativa parziale (ipoteticamente) esercitata senza danno alla salute (DTF 125 V 146 consid. 2b pag. 150; cfr. pure DTF 131 V 51 consid. 5.1.2 pag. 53 nonché le sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 708/06 del 23 novembre 2006, consid. 4.5, e I 599/05 del 6 febbraio 2006, consid. 4.1). Determinante per l'accertamento del reddito senza invalidità non è infatti quanto l'assicurato potrebbe ragionevolmente guadagnare in qualità di persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, bensì quanto egli ipoteticamente, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, guadagnerebbe senza danno alla salute (cfr. DTF 133 V 504 consid. 3.3 e Pra 1992 no. 224 pag. 877 consid. 4a)." Il reddito da valido di fr. 56'938.- deve dunque essere confermato dal TCA. 2.15. Per quanto riguarda il reddito da invalido, 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di

almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. In una sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 il Tribunale federale ha confermato la propria giurisprudenza per quanto riguarda il parallelismo dei redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% e ha sottolineato quanto segue a proposito dell'argomentazione dell'amministrazione secondo cui il gap salariale sarebbe in realtà imputabile anche alla realtà economico-sociale del Cantone Ticino: "(...) 4.6 Quanto all'eccezione secondo cui il gap salariale - che non è contestato nel suo calcolo in quanto tale, ma solo nel suo principio - poiché il salario percepito dall'assicurata sarebbe stato perfettamente in linea con quelli versati in Ticino per impieghi analoghi, essa, oltre a contraddire la tesi ricorsuale esposta al considerando precedente, dimostra semmai che un reddito di fascia media (nazionale) non era realisticamente conseguibile, rispettivamente non era ragionevolmente esigibile, in ogni caso non nella fattispecie concreta viste anche la carente formazione (5 anni di scuola dell'obbligo in Bosnia) e le precarie conoscenze linguistiche già solo in italiano che impedivano all'opponente di realizzare un salario medio (nazionale), se del caso fuori Cantone. Per riprendere quanto esposto in DTF 135 V 58 consid. 3.4.4 pag., non si giustificerebbe in effetti in alcun modo contrapporre a un reddito senza invalidità nettamente al di sotto della media (nazionale) un reddito da invalido medio (nazionale) realisticamente irrealizzabile (in questo senso in sostanza anche RtiD 11-2008 pag. 293, U 8/07). Il richiamo al consid. 5.3 della DTF 135 V 297 non soccorre all'Ufficio ricorrente, non avendo il Tribunale federale in quella sede posto altri principi. Similmente l'UAI non può trarre vantaggio dalla sentenza 1405/06 dei 29 maggio 2007; non fosse altro perché la sentenza U 75/03 alla quale è rinviato al consid. 4.4 si riferisce in realtà a un altro tema, e più precisamente a quello - non più in discussione - dell'inapplicabilità dei dati statistici relativi alle "grandi regioni" (tabella TA13) per determinare il reddito ipotetico da invalido. E inoltre perché il Tribunale federale ha comunque fatto chiarezza sulla questione qui in discussione con la successiva sentenza (citata) U 8/07. Inconferente si rivela infine pure il richiamo al consid. 4.5 della sentenza 9C112/2012 del 19 novembre 2012. In quella vertenza si trattava infatti di valutare la situazione di una assicurata la quale - a differenza di quanto si è verificato in concreto - aveva continuato ad esercitare le medesime attività svolte in precedenza anche dopo il danno alla salute rendendo così logicamente inattuabile un adeguamento dei redditi" (sentenza TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013). In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2010 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'225.-- Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 4'394.-- mensili oppure a fr. 52'728.-- per l'intero anno (fr. 4'394.-- x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999

nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico, l'assicurata è stata ritenuta abile al lavoro all'80% in un'attività adeguata alle sue condizioni di salute, il reddito statistico citato va ridotto del 20% e ammonta a fr. 42'182. 2.16. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15%. In una sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale - chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) - e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per

l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l'altro, delle deduzioni percentuali varianti dall'1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l'applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: " (...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se

non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.17. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione dell'"8% per attività leggere" (doc. 67-3), mentre la patrocinatrice del ricorrente ha postulato l'applicazione del 23% per tenere conto anche di "una riduzione del 5% per primo impiego, di altri 5% per la polipatologia presente e ancora del 5% per gli anni di inattività (doc. III, pag. 9). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d'esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l'invalidità, l'estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L'Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: " Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81). " Nel caso di specie, alla luce di quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza del 26 agosto 2013 (cfr. consid. 2.16.), il TCA non può quindi condividere la scelta dell'Ufficio AI di applicare una riduzione dell'8% per attività leggera, ma ritiene corretta una riduzione del 10%. Il TCA segnala che in una sentenza 8C_604/2007 del 7 aprile 2008, il Tribunale federale, contrariamente ai primi giudici, ha ritenuto corretta la riduzione percentuale del 10% del reddito statistico stabilita dall'amministrazione, per tener conto unicamente delle limitazioni funzionali derivanti dal danno alla salute di un assicurato, che da un punto di vista medico era risultato pienamente abile al lavoro in attività adatte al suo stato di salute. L'Alta Corte ha sottolineato che nella fattispecie in esame, l'attribuzione di una riduzione del 15%, stabilita dai primi giudici, senza motivazione, anziché del 10%, come operato dall'amministrazione, non era giustificata, dato che l'età, la nazionalità, gli anni di servizio presso il precedente datore di lavoro e il tasso di occupazione esigibile (del 100%) dall'assicurato non costituivano degli elementi capaci di influire sul reddito da invalido dell'interessato sul mercato del lavoro. Il TCA rileva poi che in una sentenza 9C_963/2008 del 27 maggio 2009, il Tribunale federale ha considerato corretta la riduzione percentuale del 10% stabilita dall'amministrazione e confermata dai primi giudici, nel caso di un assicurato, nato nel 1964, ritenuto ancora abile al lavoro all'85% in attività adatte. Parimenti, in una sentenza 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, il TF ha confermato la riduzione percentuale del 10% stabilita dall'amministrazione e confermata dal TCA con sentenza 35.2007.108 del 5 marzo 2008, nel caso di un assicurato, nato nel 1962, ritenuto ancora abile al lavoro al 100% in attività adatte. In un'altra sentenza 9C_235/2008 del 12 febbraio 2009, pubblicata in SVR 10/2009 IV Nr. 43, il Tribunale federale ha giudicato che nel caso di un assicurato, abile al lavoro al 70% in attività adatte, la riduzione percentuale del 10% accordata dai primi giudici, dopo una valutazione globale della situazione dell'assicurato nel quadro di una ripresa

dell'attività lavorativa su un mercato del lavoro in equilibrio, fosse meglio appropriata alla situazione (cfr. I 174/05 del 25 luglio 2005 c. 2.2-2.8.) rispetto alla valutazione dell'amministrazione (la quale non aveva accordato riduzione percentuale alcuna). Infine, il TCA rileva che in una sentenza 9C_371/2013 del 22 agosto 2013, l'Alta Corte ha considerato che la riduzione percentuale del 20% stabilita dai giudici cantonali nel caso di un assicurato per tenere conto della sua età (49 anni), delle sue limitazioni funzionali, della capacità lavorativa residua del 75% nello svolgimento di attività adeguate e del numero di anni passati come magazziniere (15 anni), fosse eccessiva, ritenendo maggiormente opportuno applicare una riduzione percentuale del 10%. Non si giustifica invece una riduzione percentuale maggiore come richiesto dalla ricorrente, per le ragioni che seguono. L'amministrazione – nella valutazione del 10 ottobre 2012 (doc. 67/3-4) – ha elencato e analizzato tutte le possibili riduzioni che potrebbero entrare in considerazione (attività leggera, limitazioni funzionali, età e anni di servizio, nazionalità e permesso di soggiorno, tasso di occupazione). In primis va sottolineato che, a dipendenza del danno alla salute, l'assicurata è stata giudicata in grado di esercitare un'attività adeguata all'80% (cfr. doc. 62-1). L'invocata necessità, da parte della patrocinatrice della ricorrente, di tenere conto della polipatologia presentata dall'interessata è quindi già stata adeguatamente tenuta in considerazione a livello medico (cfr. STF 9C_740/2012 del 22 ottobre 2012, che ha confermato la STCA 32.2011.323 del 7 agosto 2012 di questo Tribunale). Trattandosi poi di una riduzione del rendimento del 20% (cfr. doc. 62-1), per costante giurisprudenza, non può – come invece preteso dalla patrocinatrice nelle osservazioni del 23 aprile 2013 (doc. XII) - essere applicata al reddito da invalido una ulteriore riduzione percentuale per tener conto del fatto che l'interessata è in grado di svolgere un'attività adeguata unicamente a tempo parziale (cfr. STF I 69/07 del 2 novembre 2007 e STCA 32.2010.248 del 20 giugno 2011). Altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione sul reddito statistico da invalido, non ve ne sono. In particolare, non l'età dell'assicurata (del 1960), che aveva 52 anni al momento della decisione dell'UAI, cfr. al riguardo STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, con la quale il Tribunale federale, confermando la sentenza del TCA 32.2007.358 del 10 novembre 2008, ha rilevato che l'età dell'assicurato, di 56 anni al momento della decisione impugnata, non giustificava una riduzione percentuale maggiore rispetto a quella accordata dall'amministrazione. Per quanto concerne i fattori relativi al primo impiego e agli anni di inattività adottati dalla rappresentante legale, va rilevato che l'amministrazione ha correttamente indicato che “ il discapito economico dovuto al limitato numero di anni di servizio è ininfluenza in quanto il tempo necessario al raggiungimento dei redditi mediani si riduce a pochi anni ” (doc. 67-3). Pertanto, alla luce delle attività semplici e ripetitive che entrano in considerazione nella fattispecie, i fattori appena menzionati non rappresentano per l'assicurato uno svantaggio evidente (cfr. STF U 182/06 del 15 febbraio 2007; I 640/00 del 16 aprile 2002). Il TCA ritiene dunque corretto applicare una riduzione del 10% per tenere conto degli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute dell'interessata. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 52'728, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico dell'80% e ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 37'964 (fr. 42'182 - (fr. 42'182 x 10 : 100)). Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo periodo di fr. 56'938 (consid. 2.8.1.), emerge un grado d'invalidità del 33.2 arrotondato al 33% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41). Da notare che nella decisione impugnata l'Ufficio AI è giunto ad un grado di invalidità, nella parte salariata, del 25%, ritenendo che il minor

discapito economico l'assicurata lo presenti nello svolgimento dell'abituale attività di assistente geriatrica (cfr. doc. B), mentre nello svolgimento di altre attività adeguate il grado di invalidità sia del 45% (cfr. doc. 67-1). Tale modo di procedere è errato, come del resto ammesso dall'amministrazione stessa in sede di risposta di causa (cfr. doc. X pag. 8). A proposito della percentuale di incapacità lavorativa nell'abituale professione, difatti, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.8.), l'assicurata va considerata ancora abile al lavoro al 40%, come espressamente indicato dal dr. _____ nella presa di posizione dell'11 marzo 2013 (cfr. doc. X/2) e non al 75% come ritenuto nella decisione impugnata. Il discapito economico nella sua abituale professione non ammonta quindi al 25%, come calcolato dall'Ufficio AI, bensì al 50% (cfr. per casi analoghi: DTF 137 V 334 consid. 7.1 pag. 350 seg. nonché sentenze 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013 c. 5.; 9C_234/2010 del 7 settembre 2010 consid. 4.3 e 9C_51/2010 del 30 giugno 2010 consid. 4.1). Il minor discapito economico (del 33%, come calcolato sopra) l'assicurata lo presenta quindi nello svolgimento di attività adeguate. A quest'ultimo riguardo, il TCA rileva che l'amministrazione, sulla base del calcolo svolto dal consulente IP il 10 ottobre 2012 (cfr. doc. 67-1), dopo aver correttamente indicato l'ammontare del reddito da invalido secondo la tabella TA1, di fr. 52'887.94, ha adattato tale importo alla quota parte salariata (dell'80%), ottenendo un importo di fr. 42'310.30, ammontare poi ridotto del 20% per tener conto della riduzione del rendimento dal profilo medico (ottenendo un importo di fr. 33'848.28) e dell'8% per tenere conto delle circostanze specifiche del caso concreto, per un reddito finale di fr. 31'140.42. Tale modo di agire non è corretto, come del resto ammesso dall'amministrazione stessa nella risposta di causa (cfr. doc. X pag. 9): il reddito da invalido stabilito secondo i dati statistici deve infatti essere ridotto dapprima in base alla percentuale di esigibilità lavorativa stabilita dal medico (in casu dell'80%) e poi della percentuale stabilita per tener conto delle circostanze specifiche del caso concreto. È solo successivamente che si tiene conto della quota parte relativa all'attività salariata. 2.18. Viste le quote parti tra attività salariata (80%) e mansioni casalinghe (20%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è così del 30.6% (80 X 33% + 20 X 21%), ossia un grado d'invalidità che non permette la concessione di prestazioni dell'assicurazione invalidità come stabilito dall'amministrazione. 2.19. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurata. 2.20. L'assicurata ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. IV). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge

sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). Il TCA rileva che, tra gli atti annessi al certificato municipale per l'ammissione all'assistenza giudiziaria (doc. VII), vi è la sentenza di separazione del 27 settembre 2005, con la quale il Pretore del Distretto di Lugano ha, fra le altre cose, respinto la domanda di assistenza giudiziaria presentata dall'assicurata, rilevando che "la richiedente risulta essere proprietaria di un immobile gravato in misura molto inferiore al valore di stima; essa potrà quindi attingere a detta sostanza per coprire le eventuali spese del suo legale ancora scoperte dopo l'incasso delle ripetibili". L'esistenza di questa sostanza immobiliare emerge anche dalla tassazione relativa all'anno 2011 ed è stata confermata dall'assicurata stessa nel certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria prodotto in data 4 marzo 2013 (doc. VII). Pertanto, analogamente a quanto deciso in precedenza dal Pretore, non può essere ammessa l'indigenza della ricorrente e la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta.

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