

TI_GERICHTE 32.2013.53 vom 7. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.53

FR: TI_GERICHTE 32.2013.53 du 7 février 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.53 del 7 febbraio 2013

Regeste

UAI ha correttamente attribuito all'assicurata, in applicazione del metodo misto di calcolo, una rendita AI limitata nel tempo, poi soppressa a partire dal 1.4.2010 alla luce di un grado di invalidità non pensionabile

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).

2.8. 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).

2.9. Nella decisione del 7 febbraio 2013, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurata una rendita intera di invalidità dal 1° ottobre 2009 al 31 marzo 2010, sopprimendola poi a partire dal 1° aprile 2010, ritenuto che dalla valutazione peritale del SAM e dalle due valutazioni peritali del CPAS, seguite da un raffronto dei redditi, è emerso che l'interessata non presenta un grado di invalidità pensionabile dopo tale data. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3., 2.4. e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° aprile 2010.

2.10. Al fine di stabilire il grado d'invalidità, l'Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato al 75% la parte dedicata all'attività salariata e al 25% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione, rimasta peraltro incontestata dall'assicurata, deve essere confermata da questo Tribunale, ritenuto che ella, prima del danno alla salute, lavorava in qualità di ausiliaria di pulizia presso la Casa Anziani _____ nella misura del 75%, come comunicato dall'assicurata stessa (cfr. doc. 77-2) e come confermato, del resto, dal precedente datore di lavoro (doc. 4-1).

2.11. 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 dapprima affidato il compito di esperire una perizia pluridisciplinare ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e psichiatrica (dr.ssa _____). Nel referto peritale del 23 agosto 2010, i medici del SAM hanno posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "1. sindrome fibromialgica generalizzata primaria; 2. esiti da intervento di spondilodesi ACIF C5-C6 il 29.5.2009: possibile

pregressa sindrome radicolare irritativa C6 a destra, attualmente non sintomatica; 3. reazione di disadattamento mista da circa agosto 2009 (ICD10-F43.22); 4. disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)” e, quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa, quelle di “decondizionamento e sbilancio muscolare; disturbi statici del rachide (iperlordosi prolungata della colonna lombare con scoliosi sinistro-convessa dorsale); emicrania senz’aura; vestibulopatia periferica con attualmente vertigine posizionale benigna (insorta circa inizio giugno 2010)” (doc. 61-17). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno considerato l’assicurata, a partire dal 1° dicembre 2009, abile al lavoro al 60% nella sua precedente attività di ausiliaria di pulizia (doc. 61-21), ma ancora abile al lavoro all’85% in un’attività leggera e adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali e abile al lavoro nella misura dell’80% come casalinga (doc. 61-22). Quanto al periodo precedente, i medici del SAM hanno precisato che l’assicurata è stata inabile al lavoro al 100% dal 1° ottobre 2008 al 30 novembre 2009 in qualsiasi professione, mentre quale casalinga ha presentato un’incapacità lavorativa del 50% dal 1° ottobre 2008 al 28 maggio 2009 e del 100% dal 29 maggio 2009 al 30 novembre 2009 (doc. 61-22). In seguito, vista l’attestazione di una totale incapacità lavorativa dell’interessata da parte della dr.ssa _____, psichiatra curante (doc. 109), l’Ufficio AI, tenuto conto del parere del SMR (doc. 117), ha ritenuto opportuno affidare al CPAS il compito di esperire una perizia psichiatrica. Nel referto peritale del 29 agosto 2011, la dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e il dr. _____, Direttore del CPAS, hanno posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “episodio depressivo attualmente di lieve gravità (ICD10-F32.0) dall’inverno del 2009 su evoluzione di una sindrome da disadattamento mista (ICD10-F43.22) insorta nella metà del 2009”, mentre, quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, hanno indicato quella di “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4) dal 2008” (doc. 122/19-20). Quanto alla capacità lavorativa, la dr.ssa _____ e il dr. _____ hanno considerato l’assicurata inabile al lavoro nella misura del 15% “a causa unicamente del quadro depressivo ancora in corso di grado attualmente lieve in fase di miglioramento dal marzo u.s.. La sindrome somatoforme da dolore persistente non incide dal punto di vista psichiatrico sulla capacità lavorativa non essendo associata ai criteri di Förster” (doc. 122-21). Gli specialisti del CPAS hanno espressamente indicato che “non è condivisibile la certificazione di una percentuale di incapacità lavorativa superiore” (doc. 122-21). Infine - dopo il ricovero dell’interessata, su richiesta della sua psichiatra curante, dal 20 ottobre 2011 al 19 novembre 2011, presso la Clinica _____ (doc. 139) - l’Ufficio AI ha ritenuto indispensabile richiedere una valutazione peritale di decorso ai medici del CPAS (dr. _____). Nel referto peritale del

E. 16

marzo 2012, gli specialisti del CPAS poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); episodio depressivo lieve (ICD10-F32.0)” (doc. 154-10), hanno considerato l’assicurata inabile al lavoro al 30% in qualsiasi attività (doc. 145-13). Chiamato a pronunciarsi il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle valutazioni peritali sopra esposte, con le quali l’Ufficio AI ha accuratamente valutato le patologie di origine somatica e psichica che affliggono l’assicurata. In particolare, il TCA ritiene che le problematiche psichiche siano state adeguatamente analizzate tramite l’esecuzione delle tre valutazioni peritali psichiatriche sopra esposte - una da parte della dr.ssa _____ nell’ambito di una perizia pluridisciplinare SAM e due da parte del CPAS - con le quali gli specialisti in psichiatria

interpellati hanno esposto le ragioni che li hanno spinti a distanziarsi dalla valutazione della psichiatra curante. Questo Tribunale rileva infatti che il dr. _____ e la dr.ssa _____ del CPAS, nel loro referto peritale del 16 marzo 2012, hanno rilevato che “complessivamente il quadro clinico per quanto concerne la patologia dell’umore non si discosta sensibilmente da quanto rilevato dalla dr.ssa _____ nella perizia dell’agosto 2011, che già connotava gran parte dei sintomi psichici come correlati al disturbo somatico. L’unico dato differente è dato dalla presenza di idee di morte accompagnate da ideazioni suicidali che comparirebbero allorché i dolori sono più forti, ambito su cui però l’assicurata appare contraddittoria e che quindi non è valutabile in modo chiaro”. Gli specialisti del CPAS hanno evidenziato che “l’episodio depressivo diagnosticato dalla dr.ssa _____ nella precedente perizia non è mai andato in remissione, ma persiste tuttora. Riteniamo che l’aggravamento del quadro clinico nell’autunno 2011 sia imputabile in buona parte alla notizia del mancato riconoscimento di una rendita di invalidità”, aggiungendo che “rispetto a quanto valutato dalla dr.ssa _____, non possiamo sottoscrivere la presenza di un episodio depressivo medio-grave, poiché gran parte della sintomatologia depressiva è chiaramente secondaria al disturbo somatoforme e la comparsa di idee suicidali non valutabile in modo chiaro; segnaliamo che sia i certificati della psichiatra curante, che l’esame psichico del ricovero ospedaliero, descrivono il quadro depressivo ma non hanno valutato i sintomi psichici (come risulta evidente dall’attuale esame peritale) in relazione alla patologia somatoforme”. Passando in rassegna i criteri di Foerster, gli specialisti del CPAS hanno rilevato che “la patologia somatoforme non è associata ad una malattia psichiatrica di rilievo; sussiste una comorbidità con patologie somatiche che non risultano invalidanti (sono giudicate dagli specialisti compatibili con un’abilità lavorativa totale per attività confacenti); il quadro clinico appare cristallizzato ma riteniamo che questo sia dovuto in buona parte alla presenza di elementi regressivi che procurano vantaggi secondari; la presa a carico specialistica risulta adeguata ma non ha prodotto sensibili cambiamenti; le capacità metacognitive ed autoriflessive sono scarse e questo rende arduo accedere ai conflitti intrapsichici sottesi al disturbo fisico; il ritiro sociale già evidenziato nella precedente perizia si è intensificato” (doc. 145-13). In conclusione, gli specialisti del CPAS hanno considerato che “l’alterazione della funzionalità rilevata nell’attuale perizia va ricondotta non ad un peggioramento del disturbo dell’umore, ma all’aggravarsi ed al cronicizzarsi della patologia somatoforme. Come descritto sopra, a questo contribuisce anche la presenza di elementi regressivi, che provocano vantaggi secondari evidenti rispetto alle relazioni interpersonali significative”. Per tali ragioni, gli specialisti del CPAS hanno ritenuto che la presenza di un episodio depressivo lieve e della patologia somatoforme giustificano un’inabilità lavorativa del 30% in ogni attività professionale (doc. 145-13). Queste considerazioni, ben motivate, degli specialisti del CPAS, sono, del resto, state condivise pure dai medici del SMR (cfr. doc. 154, 161-1 e doc. X/bis). In particolare, nelle annotazioni del 14 maggio 2013, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno rilevato quanto segue: " L’A. è stata sottoposta a tre perizie psichiatriche che hanno confermato un quadro clinico invariato per quanto riguarda il disturbo dell’umore. La modificazione della diagnosi da sindrome da disadattamento ad episodio depressivo è stata fatta nel rispetto dei criteri temporali, essendo trascorsi più di due anni dalla sua insorgenza. I periti hanno motivato in maniera dettagliata la loro posizione per quanto riguarda la patologia affettiva, l’aumento della CL nell’ultima valutazione del CPAS (dr.ssa _____, dr. _____) è da riferirsi alla sindrome somatoforme comorbosa. In quella occasione è stata inoltre esclusa la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, poiché

la raccolta anamnestica e di decorso non ha evidenziato periodi di remissione clinica (si rammenta che per porre diagnosi di depressione ricorrente è necessaria la presenza di almeno due episodi depressivi separati almeno da due mesi di remissione clinica.” (Doc. X/bis) Il TCA condivide queste considerazioni dei medici del SMR. Quanto al referto del 22 aprile 2013 del dr. L. _____ del Centro di terapia cognitiva comportamentale della dr.ssa _____, prodotto in corso di causa (cfr. doc. B1), nelle annotazioni del 14 maggio 2013, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno ritenuto possibile un peggioramento dello stato di salute dell’interessata, ma comunque successivo alla decisione impugnata. Essi hanno infatti rilevato che: " La nuova valutazione del dr. _____ del 22.04.2013 si esprime con una sintomatologia che potrebbe essere dovuta ad un peggioramento clinico attuale della sintomatologia depressiva; le informazioni fornite non permettono comunque di discostarsi dalle valutazioni peritali precedenti. È possibile ipotizzare una modificazione dello stato di salute ma posteriore alla data della decisione. È da segnalare come a fronte di un quadro clinico secondo il curante grave, la terapia farmacologica è rimasta invariata rispetto alla perizia ultima del CPAS del 16.03.2012.” (Doc. X/bis) Ora, va qui ricordato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 7 febbraio 2013 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In considerazione, dunque, del referto specialistico del dr. _____ e delle annotazioni del SMR, il TCA ritiene opportuno trasmettere all’amministrazione gli atti affinché proceda ad una revisione d’ufficio (cfr. art. 87 cpv. 2 OAI). In tale ambito, l’Ufficio AI terrà adeguatamente conto anche degli aspetti somatici, in particolare di quanto attestato dal dr. _____ del Centro per la terapia del dolore dell’ _____ in data 29 agosto 2013 (doc. C2). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze dei periti interpellati dall’amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell’interessata e richiamato inoltre l’obbligo che incombe all’assicurata 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; Riemeier■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen 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), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che, per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, l’assicurata ha presentato, come riassunto dal SMR (cfr. doc. 164-1), un’inabilità lavorativa del 100% dal 1° ottobre 2008 nella sua attività abituale, ma va considerata ancora abile al lavoro all’85% dal 1° dicembre 2009 e abile al lavoro al 70% a partire dal 1° settembre 2011 nello svolgimento di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali. 2.12. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell’assicurata quale casalinga, l’Ufficio AI ha fatto esperire una inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica: nel rapporto del 18 gennaio 2011 l’assistente sociale ha

stabilito una limitazione complessiva del 19% (cfr. doc. 77/1-7). 2.13. Come è già stato anticipato ai consid. 2.5. e 2.6., 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.	Conduzione dell'economia domestica, (pianificazione, organizzazione del lavoro, controllo diversi della cucina)	10
	5	2. Spese e acquisti	
	10	3. Alimentazione (preparazione dei pasti, lavori di pulizia dell'appartamento)	40
	4	4. Pulizia	
	10	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.

5 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

E. 20

% percentuale di invalidità 4% Con il subentrare del danno alla salute, data la presenza dei dolori, anche il bucato e lo stiro sono stati delegati all'intervento esterno dell'aiuto domiciliare (presente al domicilio 1 volta alla settimana) ed al figlio, il quale si occupa di portare in lavanderia la cesta dei panni, stende e ritira i capi di abbigliamento. Da molti anni non si dedica più ad attività come la maglia, il ricamo o l'uncinetto. Anche in questo caso l'assicurata non fornisce ulteriori né precise informazioni circa la mancata collaborazione, che la stessa riassume alla presenza dei dolori che a suo dire non le permettono di attivarsi. Il ménage è poi modesto e le mansioni qui considerate, oltre a poter essere suddivise sull'arco della settimana, possono essere eseguite nella postura più adeguata, capacità riconosciuta anche in sede peritale. La percentuale sopra esposta, oltre a quanto sin ora detto e, così come vuole la giurisprudenza, considera anche la collaborazione del figlio, intervento almeno in parte esigibile. 5.7 Diversi cura delle piante, giardinaggio, cura degli animali, attività di utilità pubblica, creazione artistica, impegno a favore di terzi, volontariato importanza assegnata 5% percentuale degli impedimenti 50% percentuale di invalidità 2.5% Il figlio ha un gatto di cui da sempre si prende cura personalmente. In sede di colloquio, l'assicurata dichiara che, prima del subentrare del danno alla salute, aiutava una signora anziana, tuttavia, nonostante l'abbia sollecitata più volte, non entra nei dettagli né fornisce indicazioni più precise sulle attività che svolgeva, rimanendo assai vaga sull'argomento e sostenendo che, a causa dei dolori, non ha più potuto dedicarsi a quest'ultima. La cessazione del volontariato, analogamente ad altre attività, è allacciata alla presenza dei dolori e visti i limiti funzionali all'incarto, in assenza di indicazioni più precise, si possono valutare gli impedimenti nella misura sopra esposta. Valutazione dell'assistente sociale totale delle attività 100 % percentuale di invalidità 19% ■ 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. Il figlio e l'aiuto domiciliare. Da quando il danno alla salute ha avuto ripercussioni sulla capacità al lavoro? L'assicurata riferisce dall'ottobre 2008." (Doc. 77/4-7) 2.15. 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 19%. 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 SAM e le due perizie del CPAS 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. 2.8.). 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 del figlio 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, il quale ha adeguatamente tenuto conto del contributo nell'esecuzione delle faccende domestiche fornito una volta alla settimana dall'aiuto domiciliare, come attestato dal dr. _____ nel referto del 24 settembre 2013 (doc. C1) prodotto dal rappresentante della ricorrente in data 8 ottobre 2013 (doc. XIII). 2.16. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa dell'85% dal 1° dicembre 2009 e del 70% dal 1° settembre 2011 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. 2.17. Per quanto concerne il reddito da valido, il cui importo non è del resto stato contestato in sede di ricorso (doc. I), nella decisione impugnata l'amministrazione ha indicato che, senza il danno alla salute, l'interessata nel 2010 avrebbe percepito fr. 42'802.-- per un'attività lavorativa complessiva al 75% (doc. A2). 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. 2.18. Per quanto riguarda invece 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 del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con 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 dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009 (ndr: DTF 135 V 297), il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 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). L'assicurata, quale ausiliaria di pulizia, avrebbe guadagnato nel 2010 fr. 42'802 annui per un'occupazione al 75% che proiettati al 100% danno un importo di fr. 57'069.33. Tale reddito si situa sopra la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 49'296.--, cfr. Tabella TA1 p.to 94-96 “ Altre attività di servizi ”, livello di qualifica 4, fr. 3'950.-- X 12 mesi = 47'400.-- riportato su 41.6). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008. Ritenuto che, come visto in precedenza, da un punto di vista medico, l'assicurata è stata ritenuta ancora abile al lavoro all'85% dal 1° dicembre 2009 al 31 agosto 2011 e al 70% dal 1° settembre 2011 in un'attività adeguata alle sue condizioni di salute , il reddito statistico citato va ridotto del 15% per un reddito da invalido pari a fr. 44'818.80, rispettivamente del 30% per un reddito da invalido di fr. 36'909.60. 2.18.1. 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 costituisse 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." 2.18.2. In concreto, nella decisione impugnata, l'amministrazione ha applicato una riduzione del 13% così motivata "8% per attività leggere e 5% per ragioni sociali" (cfr. doc. A2). 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. 2.18.1.), il TCA non può condividere la scelta dell'Ufficio AI di applicare una riduzione del 13%, ma ritiene corretta una riduzione del 15%. Il TCA sottolinea che nella decisione impugnata l'UAI è giunto ad un grado di invalidità, per la quota parte di salariata, del 24% per il periodo compreso fra il 1.12.2009 e il 31.8.2011 e del 33% dal 1.9.2011 in poi, tenendo conto di un reddito da invalida di 29'332.97 (partendo da un reddito da invalida statistico di fr. 52'888.-- , rapportato alla quota parte salariale (75%), ridotto dell'15% in considerazione della capacità lavorativa residua e del 13% per tenere conto delle particolarità del caso di specie, cfr. doc. 163-6), rispettivamente di fr. 24'156.57 (partendo da un reddito da invalida statistico di fr. 52'888.-- , rapportato alla quota parte salariale (75%), ridotto del 30% in considerazione della capacità lavorativa residua e del 13% per tenere conto delle particolarità del caso di specie, cfr. doc. 163-2). L'UAI ha quindi adattato il salario da

invalida alla percentuale di lavoro svolta dall'interessata prima dell'insorgenza del danno alla salute (75%). Il TCA non può concordare con questo calcolo eseguito dall'amministrazione. Va infatti evidenziato che nella STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, 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, nella decisione 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, pubblicata in RtiD I-2009, pag. 255, ha infatti rilevato che: " 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)." Anche nella STF 9C_313/2007 dell'8 gennaio 2008 il TF, poste le quote parti del 60% come salariata e del 40% come casalinga e stabilita una limitazione del 52% in attività domestiche e un grado di incapacità lavorativa del 100% nell'attività salariata, è giunto, dopo avere rapportato tali limitazioni alla rispettiva quota parte, ad un grado di invalidità globale dell'81% ([60 x 100%] + [40 x 52%]), attribuendo all'assicurata una rendita intera di invalidità. Pertanto, il reddito da invalido stabilito secondo i dati statistici deve essere ridotto dapprima in base alla percentuale di esigibilità lavorativa stabilita dal medico, poi della percentuale stabilita per tener conto delle circostanze specifiche del caso concreto. È solo successivamente (e cioè al momento del calcolo complessivo) che si tiene conto della quota parte relativa all'attività salariata (in casu del 75%). Eseguendo correttamente il confronto dei redditi, per la parte salariata, partendo da un salario da invalido di fr. 52'728, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico dell'85% dal 1° dicembre 2009 al 31 agosto 2011 - rispettivamente del 70% dal 1° settembre 2011 - e ammettendo la riduzione del 15%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 38'096 (fr. 44'818.80 - (fr. 44'818.80 x 15 : 100)) - rispettivamente a fr. 31'373 (fr. 36'909.60 - (fr. 36'909.60 x 15 : 100)) . Confrontando ora questi dati con l'ammontare del reddito da valido di fr. 42'802 (consid. 2.17.), risulta un grado di invalidità del 10.99% arrotondato all'11% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41) - rispettivamente del 26.7% arrotondato al

27%. Viste le quote parti tra attività salariata (75%) e mansioni casalinghe (25%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale in applicazione del metodo misto sarebbe del 13% ($75 \times 11\% + 25 \times 19\%$) – rispettivamente del 25% ($75 \times 27\% + 25 \times 19\%$) - ossia un grado d'invalidità che non permetterebbe la concessione di una rendita. L'UAI ha pertanto giustamente soppresso le prestazioni a partire dal 1° aprile 2010, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. STF 9C- 971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1). 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.

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