

## **TI\_GERICHTE 32.2013.61 vom 13. Oktober 1992**

TI Tribunale d'appello, 1992-10-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.61\\_d19921013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.61_d19921013)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.61 du 13 octobre 1992

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.61 del 13 ottobre 1992

### **Regeste**

Nuova domanda di prestazioni. Viste le risultanze mediche e considerata la valutazione economica va confermata l'assegnazione retroattiva di una rendita intera dal 1. giugno 2010 al 30 giugno 2011 ed a una mezza rendita dal 1. gennaio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

aprile 2012 (doc. AI 34/1-3 e 56/1-4), considerata l'inchiesta domestica del 30 maggio 2012 (doc. AI 57/1-6) e ritenute le annotazioni 22 e 28 giugno 2012 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 59/1 e 61/1) nonché le conclusioni del consulente in integrazione con tabelle e valutazioni elaborate il 6 luglio 2012 (doc. AI 63/1-3) – , con le decisioni qui impugnate ha riconosciuto all'assicurata una rendita intera temporanea dal 1. giugno 2010 al 30 giugno 2011 ed a una mezza rendita dal 1. gennaio 2012 (doc. AI 82/1-3, 83/1-3 e motivazioni sub doc. AI 80/1-7; cfr. consid. 1.2). 2.11. 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; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Inoltre, in DTF 125 V 351, la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni

mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi 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). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.12. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio né le

conclusioni a cui sono giunti i medici SMR né, tanto meno, le valutazioni peritali effettuate dal CPAS, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Questo Tribunale non intravede pertanto ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui sono giunti i medici SMR dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_ che – valutata compiutamente tutta la documentazione agli atti e sulla base delle annotazioni 28 novembre 2011, 22 e 28 giugno 2012 (doc. AI 41/1, 59/1 e 61/1) –, nei rapporti finali del 29 marzo 2011 e del 20 aprile 2012 (doc. AI 34/1-3 e 56/1-3), hanno concluso per un'incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 100% dal giugno 2009, del 50% dal 2 marzo 2011 e, dal gennaio 2012, del 100% nell'attività abituale e del 75% in un'attività adeguata. Le valutazioni dei periti del CPAS e dei medici SMR non sono state del resto validamente smentite da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, il certificato medico 10 gennaio 2012 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 47/8), è stato considerato dai medici SMR che hanno predisposto la seconda perizia a cura del CPAS (cfr. doc. AI 51/1 e 55/1-6). Lo specialista curante non si è poi confrontato con le perizie del CPAS e nemmeno in sede ricorsuale l'assicurata ha prodotto la benché minima documentazione medica. Va qui rilevato che nella perizia dell'11 marzo 2011 i periti del CPAS hanno, tra l'altro, evidenziato che "(...) nell'ambito di un crollo depressivo, l'assicurata è seguita dal mese di settembre 2009 dallo psichiatra curante Dr. \_\_\_\_\_. Egli, in riferimento al grave quadro psicopatologico, ha certificato un'inabilità lavorativa del 100%. Tuttavia, a nostro avviso, la regolarità e l'adeguatezza delle cure specialistiche che prevedono incontri ogni 3-4 settimane ed una terapia psicofarmacologica a base di Citalopram, Zolpiden e Lorazepam al bisogno, ha consentito un miglioramento parziale del quadro clinico ed un conseguente parziale recupero, da un punto di vista medico teorico, della capacità lavorativa. A partire dal momento della nostra perizia quindi l'assicurata è da considerare abile al lavoro nella misura del 50% (4 ore al giorno) ma, vista la persistenza del disagio psichico descritto, dovrebbe poter beneficiare di un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 33/6, la sottolineatura è del redattore). Gli stessi periti, nella perizia del 13 aprile 2012 hanno poi osservato che "(...) nonostante l'adeguatezza delle cure, il quadro clinico ha purtroppo avuto un'evoluzione negativa ed in particolare vi è stato un aggravamento della sintomatologia ansiosa in parte anche dello stato depressivo. A questo proposito ci permettiamo di suggerire una presa in carico più intensiva con incontri più frequenti ed eventualmente anche un potenziamento della terapia psicofarmacologica. Viste le precarie condizioni psichiche dell'assicurata essa non è più da considerare idonea alla guida per quanto concerne l'attività precedentemente svolta di autista. Quanto finora descritto, discusso ed argomentato ci porta a considerare l'assicurata inabile al lavoro come salariata nella misura del 75% a partire dal mese di gennaio 2012 (inteso come diminuzione dell'orario di lavoro nell'arco di una giornata intera) (...)” (doc. AI 55/6, le sottolineature sono del redattore). Quanto alla valutazione del dr. \_\_\_\_\_ nella perizia psichiatrica fiduciaria dell'8 aprile 2010 all'intenzione della cassa malati (doc. 6/1-5 dell'incarto cassa malati = doc. AI 47/3-7), la stessa è stata considerata dai periti del CPAS nella perizia dell'11 marzo 2011 (doc. AI 33/1-6 e 51/1). In conclusione – ribadite le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti), la differente valutazione del dr. \_\_\_\_\_ (il quale, lo si ribadisce, non si è comunque minimamente confrontato con le perizie del CPAS) in punto alla residua esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia; cfr. STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, U 202/01 del

7 dicembre 2001 e consid. 2.11) – , rispecchiando le succitate perizie del CPAS tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.11) e non essendo provato un peggioramento dopo il mese di aprile 2012 e prima del 19 febbraio 2013, questo Tribunale deve confermare le conclusioni dei medici SMR in merito all'evoluzione nel tempo della capacità lavorativa, sia nella sua attività abituale che in un'attività adeguata, sopra esposte. In questo senso, la domanda subordinata di rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché proceda ad "(...) un accertamento peritale complementare, accertante l'effettivo stato di salute dell'assicurata (...)" (doc. AI 86/11) va respinta. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundes-verwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto la ricorrente, lo si ribadisce, non ha prodotto alcuna documentazione medica che non sia già stata vagliata dai medici del SMR. D'altra parte, per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assicurata quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire due inchieste domiciliari, la prima il 28 luglio 2011 (doc. AI 38/1-7) e la seconda il 30 maggio 2012 (doc. AI 57/1-6). Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione domestica, le assistenti sociali hanno stabilito una limitazione complessiva del 25% nell'inchiesta del 28 luglio 2011 (doc. AI 38/6) e del 52% in quella del 30 maggio 2012 (doc. AI 57/6). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, le responsabili hanno tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni. Considerato che l'insorgente non ha formulato contestazioni al riguardo e ricordato che – in linea di massima e senza valide ragioni – non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4), alle valutazioni delle assistenti sociali va prestata piena adesione, ritenuto in particolare come esse abbiano compiutamente valutato le difficoltà e l'esigibilità di ogni singola mansione. Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica infatti unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93

consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). Va inoltre rilevato che nelle inchieste economiche in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Conforme alla giurisprudenza (DTF 130 V 97, STF I 126/07 del 6 agosto 2007) è del resto anche la presa in considerazione della ripartizione dei compiti all'interno della famiglia e quindi della collaborazione fornita nella gestione dell'economia domestica da parte dei familiari. In virtù dell'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), anche le persone occupate nell'economia domestica devono contribuire, di loro propria iniziativa e in misura ragionevolmente esigibile, al miglioramento della loro capacità al lavoro, segnatamente ripartendo meglio le incombenze e in generale ricorrendo all'aiuto dei familiari nella misura usuale secondo le particolari circostanze (DTF 133 V 504 consid. 4.2; sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). In particolare nella DTF 133 V 504 il TF ha rammentato che se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Il TFA ha inoltre precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (AHI-Praxis 2001 pag. 161 consid. 3c; STFA del 2 febbraio 1999 nella causa M. J. V. e del 17 luglio 1990 nella causa W.), ritenuto che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta – strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica – è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003). In concreto, sentito il dr. \_\_\_\_\_ psichiatra SMR, il dr. \_\_\_\_\_ ha attestato una capacità lavorativa del 50% quale casalinga dal giugno 2009 al 1. marzo 2011 (cfr. doc. AI 41/1). Da parte loro i periti del CPAS, nella perizia dell'11 marzo 2011 (senza tuttavia considerare l'aiuto dei famigliari) hanno concluso per un'incapacità lavorativa quale casalinga del 30% dal 2 marzo 2011 (doc. AI 33/6) e in quella del 13 aprile 2012 del 50% dal gennaio 2012 (doc. AI 55/6). In questo senso, ribadito che questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi e che le assistenti sociali hanno potuto considerare anche l'aiuto dei famigliari nei lavori che l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica, le valutazioni delle inchieste 28 luglio 2011 e 30 maggio 2012 vanno quindi confermate. 2.13. Ritenuta la seguente evoluzione della capacità lavorativa: incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 100% dal giugno 2009, del 50% dal 2 marzo 2011 e, dal gennaio 2012, del 100% nell'attività abituale e del 75% in un'attività adeguata – valutazione questa espressa nei rapporti finali del 29 marzo 2011 e del 20 aprile 2012 (doc. AI 34/1-3 e 56/1-3) che, per i motivi esposti al precedente considerando, va confermata –, occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dalla ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2010, del 2011 e del 2012 visto che l'anno di carenza è terminato con il mese di giugno 2010 e che nei mesi di marzo 2011 e gennaio 2012 vi è stato dapprima un miglioramento e in seguito un peggioramento duraturo dello stato

valetudinario (cfr. consid. 1.2). 2.13.1. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 ) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Per costante giurisprudenza, allorquando si tratta di stabilire il reddito da valido nel caso di assicurati che hanno perso il lavoro per motivi estranei all'invalidità, l'Alta Corte applica i dati statistici. Nella STFA I 95/03 del 28 gennaio 2004 il TFA, ritenuta la disdetta del posto di lavoro non riconducibile a motivi di salute, ha concluso per l'applicazione dei dati statistici validi per un'attività semplice e ripetitiva: "(...) Was das Einkommen ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) betrifft, ist entgegen der Auffassung der Vorinstanz nicht vom zuletzt verdienten Lohn auszugehen, da die Versicherte wegen erfolgter (leidensfremder) Kündigung nicht mehr an diesem Arbeitsplatz tätig wäre. Unter der (noch abzuklärenden) Annahme einer Teil- oder Vollerwerbstätigkeit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin einer einfachen und repetitiven Tätigkeit nachgehen würde, wobei für die lohnmassige Bestimmung auf Tabellenlöhne abzustellen ist. (...)" (STFA I 95/03 del 28 gennaio 2004, consid. 4.2.2). La nostra massima Istanza è giunta alla medesima conclusione nelle STFA I 792/05 del 15 marzo 2006 e I 98/06 del 21 aprile 2006. Nella STFA I 98/06 sono stati applicati i dati statistici nel caso di un assicurato che aveva perso il posto di lavoro a seguito di una ristrutturazione: "(...) Der Beschwerdeführer hat seine letzte Arbeitsstelle infolge einer Umstrukturierung, mithin aus invaliditätsfremden Gründen, verloren. Das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) lässt sich daher nicht auf der Basis des zuletzt erzielten Verdienstes bestimmen, sondern muss gestützt auf die Tabellenwerte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt werden. (...)" (STFA I 98/06 del 21 aprile 2006, consid. 4.1). Nella STF 9C\_5/2009 del 16 luglio 2009, sempre nel caso di un assicurato che aveva perso il lavoro per motivi estranei all'invalidità, il TF ha confermato il giudizio cantonale che per calcolare il reddito da valido aveva applicato i dati statistici e, confermandosi nella propria giurisprudenza, ha ribadito che "(...) Für das Valideneinkommen hat das kantonale Gericht zu Recht nicht auf den zuletzt bei der früheren Arbeitgeberin verdienten Lohn abgestellt, weil der Beschwerdeführer diese Stelle nach den verbindlichen Feststellungen des kantonalen Gerichts aus invaliditätsfremden Gründen verloren hat und als Gesunder nicht mehr an der bisherigen langjährigen Arbeitsstelle tätig wäre. Das Vorgehen des kantonalen Gerichts entspricht der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts vom 28. Januar 2004, I 95/03, E. 4.2.2). Es besteht kein Anlass, von dieser Rechtsprechung abzugehen. (...)” (STF 9C\_5/2009 del 16 luglio 2009, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata poi ancora ribadita nelle STF 9C\_130/2010 del 14 aprile 2010, consid. 3.3.1; 9C\_660/2010 del 20 ottobre 2010, consid. 4.4.1; 9C\_234/2011 del 10 giugno 2011, consid. 3.3; 9C\_751/2011 del 30 aprile 2012, consid. 4 e 9C\_394/2013 del 27 settembre 2013, consid. 3.3. Nella STF 9C\_394/2013 del 27 settembre 2013 il TF ha, in particolare, evidenziato che allorquando l’ultimo salario percepito dall’assicurato è superiore alla media esso può essere considerato quale reddito da valido solo se è stabilito con la verosimiglianza preponderante che l’interessato avrebbe continuato a percepirlo: “(...) Lorsque le salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée est supérieur à la moyenne, il ne peut être pris en considération au titre de revenu sans invalidité que s’il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la personne assurée aurait continué à le percevoir. Autrement dit, n’est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu’elle réaliserait si elle n’était pas devenue invalide (arrêt 9C\_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181; voir également arrêt I 95/03 du 28 janvier 2004 consid. 4.2.2; Michel Valterio, Droit de l’assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l’assurance-invalidité [AI], 2011, n. 2082 p. 552; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, p. 301). (...)” (STF 9C\_394/2013 del 27 settembre 2013, consid. 3.3). Nel caso concreto nella lettera di disdetta del 19 giugno 2009 l’\_\_\_\_\_ ha, tra l’altro, evidenziato che “(...) le motivazioni della disdetta sono le mutate condizioni contrattuali imposte dalla Assicurazione Vecchiaia e Superstiti, che obbligano la Fondazione \_\_\_\_\_ a considerare il servizio di trasporto della signora RI 1 quale attività dipendente, in base al rapporto sul controllo dei datori di lavoro no.32/2005 del 27 giugno 2005 e della “Direttiva sul salario determinante DSD” (4121-4125). La posizione della Cassa di Compensazione AVS è stata ulteriormente confermata dalla recente revisione del 30 marzo 2009. La Fondazione \_\_\_\_\_ ha già pagato contributi AVS per l’anno 2008 della signora RI 1 senza addebitare alcun importo alla stessa. La Fondazione \_\_\_\_\_ non può sobbarcarsi ulteriori costi derivanti dal pagamento dei relativi oneri sociali e la signora RI 1 non è disposta ad assumersi questi costi con relativa diminuzione del guadagno netto per il servizio trasporto. (...)” (doc. AI 70/4). Allorquando ha inoltrato la domanda di prestazioni del maggio 2010 (doc. AI 10/1-8) l’assicurata si trovava pertanto senza lavoro per dei motivi estranei all’invalidità. Questo vale a maggior ragione visto che, in un periodo non sospetto, la stessa assicurata aveva confermato le indicazioni fornite dal datore di lavoro sul questionario apposito ( cfr. il punto 1c. dell’inchiesta domestica del 28 luglio 2011 (doc. AI 38/2) e il punto 2.2 del questionario 12 luglio 2010 del datore di lavoro nel quale, in merito ai motivi della disdetta, l’\_\_\_\_\_ aveva già evidenziato che “(...) la cassa \_\_\_\_\_ di compensazione, in base alle disposizioni di legge, ha obbligato a riconoscere quale dipendente la sig.ra RI 1. L’onere a carico dell’\_\_\_\_\_ non era più sostenibile. (...)” (doc. AI 18/1 punto 2.2) ). Del resto, lo stesso dr. \_\_\_\_\_, nel certificato medico dell’11 febbraio 2010 aveva attestato, tra l’altro, che “(...) tale condizione psicopatologica è insorta in forma reattiva alla perdita del posto di lavoro avvenuta nel 2009 e con il tempo si è stabilizzata nello stato di malessere emotivo-affettivo tuttora in atto e per il quale ha cominciato a farsi seguire ambulatorialmente dallo scrivente a Settembre 2009. (...)” (doc. AI 11/1). Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alle argomentazioni sviluppate nella lettera 22 aprile 2013 (VI). Infatti – a prescindere dal fatto

che si limita ad invocare la nullità della disdetta senza produrre alcuna documentazione che comprovi che la stessa é stata fatta valere davanti alle competenti autorità – , il rapporto di lavoro, per le ragioni sopra esposte, è stato comunque e incontestatamente rotto per dei motivi estranei all'invalidità e dalla sola asserita eventuale nullità della disdetta non risulta niente di diverso. In particolare non è possibile evincere che la disdetta fosse in realtà riconducibile a dei problemi di salute. Del resto, ritenuto che un reddito annuo di fr. 112'400.-- (cfr. il certificato di salario per l'anno 2008; doc. AI 47/10) è manifestamente superiore alla media – questo a maggiore ragione vista l'attività lavorativa del 60%; nell'inchiesta domestica del 28 luglio 2011 è evidenziato che "(...) nonostante esercitasse un'attività a tempo parziale, la signora RI 1 riferisce che lo stipendio percepito (Fr. 8'800.-) equivaleva ad un impiego a tempo pieno. (...)” (doc. AI 38/2) e al punto 2.9 del questionario il datore di lavoro ha attestato che l'assicurata lavorava 25 ore alla settimana allorquando nell'azienda le ore normali di lavoro erano 42 (cfr. doc. AI 18/2) – è del tutto inverosimile che l'assicurata avrebbe potuto continuare a percepire un tale reddito (al riguardo cfr. la succitata STF 9C\_394/2013 del 27 settembre 2013, consid. 3.3). Di conseguenza, conformemente alla suenunciata giurisprudenza, per il calcolo del reddito da valido vanno applicati i dati statistici. In concreto – ritenuto che negli ultimi 10 anni di lavoro è stata occupata quale autista/trasporto utenti presso l'\_\_\_\_\_ e che nulla fa ritenere che se non avesse perso quel posto di lavoro non avrebbe continuato la stessa professione – a mente di questo Tribunale per il calcolo del reddito da valido va applicata la tabella TA1 49-52 Trasp. Terrestre, per vie d'acqua e aereo; attività queste che più si avvicinano a quella da ultimo svolta dall'insorgente. In base alla succitata tabella, nel 2010, il reddito da valido, ritenuta un'attività lavorativa del 60%, ammonta dunque a fr. 33'399.90 (fr. 4'366.-- riportati su 42.5 ore [ cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 10-2013, pag. 90 ], moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] x 60%). Nel 2011 il reddito da valido ammonta invece a fr. 33'600.29 e nel 2012 a fr. 33'869.10 (fr. 33'399.90 aumentati dello 0.6% per il 2011 e dello 0.8% per il 2012; cfr. tabella B 10.2, pubblicata in La Vie économique, 10-2013, pag. 91). 2.13.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, in assenza di dati salari ali va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato

a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STF 8C\_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11; SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2010 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido di fr. 52'728.-- (fr. 4'225.-- riportati su 41.6 ore [ cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 10-2013, pag. 90 ] e moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] ) . Nel 2011 e nel 2012 il reddito annuo ipotetico da invalido ammonta invece a fr. 53'255.28 (2011) e a fr. 53'681.32 (2012) ( fr. 52'728.-- aumentati dell'1% per il 2011 e dello 0.8% per il 2012; cfr. tabella B 10.2, pubblicata in *La Vie économique*, 10-2013, pag. 91 ) . Considerata l'evoluzione dell'incapacità lavorativa – incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 100% dal giugno 2009, del 50% dal 2 marzo 2011 e, dal gennaio 2012, del 100% nell'attività abituale e del 75% in un'attività adeguata – e applicata una riduzione del 10% ( nelle tabelle e valutazioni elaborate il 9 agosto 2011 e il 6 luglio 2012 il consulente in integrazione ha applicato una riduzione del “(...) 10% per altri fattori di riduzione (...)” (doc. AI 39/3 e 63/3); questo Tribunale, ancorché vada stigmatizzato il fatto che non sono stati specificati i motivi della riduzione, può fare propria questa valutazione ritenuto, da una parte, che il giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 137 V 71; DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6) e, dall'altra, che la stessa è rimasta incontestata ) , il reddito ipotetico da invalido (dopo l'anno di carenza) a giugno 2010 è nullo; dal 2 marzo 2011 (vista la capacità lavorativa del 50% in un'attività adeguata) è di fr. 23'964.48 (fr. 53'255.28 x 50% ridotti del 10%) e dal gennaio 2012 (vista la capacità lavorativa del 25% in un'attività adeguata) è di fr. 12'078.29 (fr. 53'681.32 x 25% ridotti del 10%). Ritenuti i redditi da valido di fr. 33'399.90 (2010), fr. 33'600.29 (2011) e fr. 33'869.10 (2012) (cfr. consid. 2.13.1) e quelli da invalido nullo (2010), di fr. 23'964.48 (2011) e di fr. 12'078.29 (2012), per la parte di salariata il discapito economico è nullo nel 2010, del 28.67% nel 2011 ( $[33'600.29 - 23'964.48] \times 100 : 33'600.29 = 28.67\%$ ) e del 64.33% nel 2012 ( $[33'869.10 - 12'078.29] \times 100 : 33'869.10 = 64.33\%$ ). 2.13.3. Posta infine la ripartizione tra attività casalinga (40%) e salariata (60%) (cfr. consid. 2.9) e ritenute le limitazioni, quale casalinga del 50% dal giugno 2010, del 25% dal marzo 2011 e del 52% dal gennaio 2012 (cfr. consid. 2.12) e, quale salariata, del 100% dal giugno 2010, del 28.67% dal marzo 2011 e del 64.33% dal gennaio 2012, il grado d'invalidità globale è dell'80% dal giugno 2010 ( $60 \times 100\% + 40 \times 50\% = 80\%$ ), del 29% dal marzo 2011 ( $60 \times 28.67\% + 40 \times 30\% = 29.20\%$  arrotondato al 29% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) e del 59% dal gennaio 2012 ( $60 \times 64.33\% + 40 \times 52\% = 59.39\%$  arrotondato al 59% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). È dunque a ragione che l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. giugno 2010 (con versamento della prestazione dal 1. novembre 2010 trattandosi di una domanda tardiva ex art. 29 cpv. 1 LAI) al 30 giugno 2011 (dopo l'anno di carenza e tre mesi dopo il miglioramento del 2 marzo 2011 ai sensi degli artt. 28 cpv. 1 lett. b LAI e 88a cpv. 1

OAI) ed a una mezza rendita dal 1. gennaio 2012 (cfr. consid. 2.5 e art. 88a cpv. 2 OAI). Durante il periodo dal 1. luglio al 31 dicembre 2011 non può invece essere riconosciuta alcuna prestazione essendo il grado d'invalidità non pensionabile (cfr. consid. 2.3). 2.14. Visto tutto quanto precede le decisioni impugnate vanno quindi confermate e il ricorso respinto. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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