

## **TI\_GERICHTE 32.2013.92 vom 21. März 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-03-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.92)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.92 du 21 mars 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.92 del 21 marzo 2013

### **Regeste**

Casalinga 26% - salariata 74%. Rendita intera dal 1.9.2010 al 31.01.2011 e un quarto dal 1.2.2011 al 30.06.2011. Confermate valutazioni peritali e inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss.). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui

ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Se, però, un assicurato maggiorennone non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGGA (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136; Valterio, op. cit, pag. 199). A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " Per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità." L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; J. L. Duc, Les assurances sociales en Suisse, Lausanne 1995, pag. 458; A. Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Basilea e Francoforte, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139; Valterio, op. cit. pag. 211).

L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

2.4. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI secondo cui " Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti ."

Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF\_9C 15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del 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 va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. L'Alta Corte in una sentenza dell'8 luglio 2011, pubblicata in DTF 137 V 334, ha riconfermato la sua giurisprudenza relativa al metodo misto.

2.5. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure

che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; 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., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti

affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 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 substrato 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 Neurassthenie (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 ununfalladäquate 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. 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

2.6. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182.

2.7. L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha esposto i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative ed ha ribadito che una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. Alle stesse conclusioni è arrivato il TF in una sentenza 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 nella quale l'Alta Corte ha ritenuto che il perito amministrativo non aveva documentato con il grado della verosimiglianza preponderante il miglioramento del disturbo depressivo ed ha rinviato gli atti al TCA al fine di allestire una perizia giudiziaria.

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). 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 é 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. Al fine di stabilire il grado d'invalidità, l'Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato al 74% la parte dedicata all'attività salariata e al 26% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione deve essere confermata. La stessa è stata indicata dalla ricorrente nel formulario per la richiesta di prestazioni (cfr. doc. AI 1-5) e durante l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (cfr. doc. AI 45-2). In sede ricorsuale il rappresentante di RI 1 non ha contestato la percentuale di ripartizione, ma ha rimproverato all'amministrazione di non aver considerato l'impossibilità per l'assicurata, sia dal profilo medico che personale, di trovare un'occupazione al 74%. A suo dire l'insorgente andrebbe considerata collocabile solo al 50% (doc. I).

2.10. Nella decisione del 13 dicembre 2011 l'UAI ha riconosciuto all'assicurata una rendita intera d'invalidità dal 1° settembre 2010 al 31 gennaio 2011 fondandosi sulla documentazione medica agli atti (Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, doc. LAINF 29-1, 30-1), riducendola poi a un quarto di rendita dal 1° febbraio 2011 al 30 giugno 2011 sulla base della perizia reumatologica del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 39-1). Nella decisione del 21 marzo 2013 l'UAI, dopo aver esperito l'accertamento pluridisciplinare SAM, oggetto del decreto del TCA del 19 luglio 2012 (inc. 32.2012.23), ha confermato l'attribuzione di una rendita intera d'invalidità dal 1° settembre 2010 al 31 gennaio 2011 e di un quarto di rendita dal 1° febbraio 2011 al 30 giugno 2011 (doc. 110-1).

2.11. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni peritali che l'amministrazione ha fatto esperire (Dr. \_\_\_\_\_ e successivamente quella del SAM), da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, nella perizia del 31 marzo 2011 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "Poliartrosi delle mani con: - artrosi di Heberden e Bouchard; - artrosi articolazioni MCP III d.d.p.; -

rizartriosi sx; Sindrome lombovertebrale cronica senza neurologia con/su: - nozione di discopatia L3/4 e L4/5 (vedi rapporto d'uscita \_\_\_\_\_); - lieve scoliosi dorso-lombare. Iniziale gonartrosi, rispettivamente meniscopatia compartimento mediale a dx ” (doc. AI 39-8). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha riferito che dopo l'intervento protetico all'anca destra l'assicurata ha potuto riprendere il lavoro a partire dal 1° novembre 2010 in ragione del 50% del proprio tempo dedicato all'attività salariata (74%), ciò che corrisponde in pratica a 3 ½ ore al giorno per 5 giorni la settimana, “ attività tuttavia svolta nell'ufficio postale alla "preparazione dei giri" ed incasellamento ” (doc. AI 39-10). A mente dello specialista la paziente “ ha effettivamente dei limiti funzionali oggettivi, dal lato reumatologico, per cui non sarebbe più adatta a lavori di distribuzione esterna della posta ” (doc. AI 39-10). Secondo lo specialista nell'attività lavorativa attuale l'assicurata è da ritenere abile in ragione di 4½ - 5 ore al giorno con un rendimento completo, a partire dalla data della perizia (marzo 2011) (doc. AI 39-10). In attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali il perito ha indicato una capacità lavorativa di 2/3 , per un'attività a tempo pieno con rendimento ridotto a partire dal momento della perizia (marzo 2011) (doc. AI 39-11). In data 16 maggio 2011 il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi precisato che nell'attività attuale “ l'assicurata può lavorare fino a 5 ore al giorno con un rendimento completo ” (doc. AI 41-1). A seguito del decreto del 19 luglio 2012 (inc. 32.2012.23), l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. Nel contesto della perizia SAM i medici hanno valutato la patologia reumatologica (Dr. \_\_\_\_\_), quella psichiatrica (Dr. \_\_\_\_\_) e quella gastroenterologica (Dr. \_\_\_\_\_). Globalmente nel rapporto peritale del 3 gennaio 2013 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in: - alterazioni degenerative della colonna lombare (condrosi L4/L5 con minima anterolistesi di L4 su L5, spondilosi e spondilartrosi plurisegmentale); - disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi toracolombare); - tendenza fibromialgica; - decondizionamento e sbilancio muscolare. Poliartrosi delle dita. Esiti da impianto di protesi totale all'anca ds. il 20.11.2009. Iniziale gonartrosi a ds” (doc. AI 99-16). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata invece posta quella di “ Piedi traversopiatti bilaterali con: - dita a martello dalle due parti; - alluce valgo a sin. Epatopatia steatosica non cirrotica di origine multifattoriale su consumo moderato di etile, sindrome metabolica con ipercolesterolemia ed inattività fisica, medicamentosa (AIMS e Triptizol). Esofagite da reflusso stadio II, secondo Savary-Miller, senza metaplasia intestinale con una gastrite da HP ” (doc. AI 99-16). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno concluso che l'assicurata non può più eseguire lavori di distribuzione esterna, mentre è in grado di svolgere lavori leggeri all'interno dell'ufficio postale, durante al massimo 5 ore al giorno con rendimento completo (doc. AI 99-21). In un'attività adeguata la ricorrente è abile sull'arco di una giornata lavorativa normale (8-9 ore) con la diminuzione del rendimento di 1/3 (doc. AI 99-22). Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico l'assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto del 18 ottobre 2012 non ha posto alcuna diagnosi psichiatrica e ha ritenuto RI 1 abile al lavoro al 100% dal lato strettamente psichiatrico (doc. AI 99-42). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale. La valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi permesso di escludere una patologia di natura psichiatrica, oggetto in parte del rinvio atti richiesto dall'amministrazione, dopo che il Dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 25 maggio 2012 aveva

diagnosticato una fibromialgia (doc. AI 78-5, 81-1, 86-1). Dal profilo della patologia gastroenterologica-epatologica l'assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in gastroenterologia, il quale nel rapporto del 5 dicembre 2012 ha diagnosticato, senza influsso sulla capacità lavorativa, una "Epatopatia steatosica non cirrotica di origine multifattoriale su consumo moderato di etile, sindrome metabolica con ipercolesterolemia ed inattività fisica, medicamentosa (AIMS e Triptizol). Esofagite da reflusso stadio II, secondo Savary-Miller, senza metaplasia intestinale con una gastrite da Helicobacter Pylori" (doc. AI 99-37). Dal punto di vista strettamente gastroenterologico l'assicurata è ritenuta abile al 100% senza limitazioni funzionali (doc. AI 99-37). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale. Infine, dal profilo reumatologico l'assicurata è stata sottoposta al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medico perito certificato SIM, il quale nel rapporto del 15 ottobre 2012 ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in: - Alterazioni degenerative della colonna lombare (condrosi L4/L5 con minima anterolistesi di L4 su L5, spondilosi e spondilartrosi plurisegmentale); - Disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi toracolombare); - Tendenza fibromialgica; - Decondizionamento e sbilancio muscolare. Poliartrosi delle dita. Esiti da impianto di protesi totale all'anca destra il 20.11.2009. Iniziale gonartrosi a destra" (doc. AI 99-32). Il perito ha quindi confermato che RI 1 non può più svolgere lavori di distribuzione esterna della posta, mentre è in grado di svolgere lavori leggeri all'interno dell'ufficio postale al massimo 5 ore al giorno, con rendimento completo, dal 2 marzo 2011 (doc. AI 99-35). In attività adeguata, per contro, l'assicurata è ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata normale di lavoro (8-9 ore), ma con una riduzione del rendimento di 1/3 (doc. AI 99-35). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici e si sovrappongono a quanto aveva già indicato il Dr. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione del 2011 (cfr. doc. AI 39-1). L'insorgente ha contestato l'esigibilità lavorativa indicata dai periti di 5 ore al giorno, in considerazione del fatto che la resa attuale di 3 ½ ore, già non è ritenuta ottimale (doc. I, pag. 5). Queste contestazioni non sono fondate su documentazione medica specialistica. Dal profilo economico il consulente in integrazione professionale, nel rapporto del 2 agosto 2011, aveva indicato che RI 1, dopo l'interruzione per il danno alla salute, dal 1° novembre 2010 aveva ripreso a lavorare al 50% del suo tempo lavorativo (74%) nell'incasellamento e smistamento della posta e non più uscendo all'esterno per la consegna (doc. AI 47-2). Dal verbale del colloquio del 12 settembre 2011 tra datore di lavoro e l'assicurata, quest'ultima asseriva che "Fino a che riesco a svolgere l'attività posso continuare ad essere impiegata nelle stesse mansioni" (doc. AI 54-3). Anche il diretto superiore riferiva un miglioramento: "Dai controlli eseguiti durante i mesi di gennaio e febbraio 2011 si è avvicinata notevolmente alle medie di spartizione richieste raggiungendo un rendimento soddisfacente. A volte ha anche superato la media" (doc. AI 54-3). Sennonché i responsabili de \_\_\_\_\_, nel medesimo colloquio, hanno deciso di ridefinire le mansioni lavorative di RI 1 sulla base del progetto di decisione del 10 agosto 2011. L'assicurata doveva, in buona sostanza, per un totale di 5 ore giornaliere occuparsi dell'incasellamento al mattino e della vuotatura delle bucalettere al pomeriggio (doc. AI 54-3). Tuttavia, l'insorgente ha dovuto interrompere già il 20 settembre 2011 (la ripresa del lavoro era avvenuta il 19 settembre 2011) con la nuova mansione e ritornare ad occuparsi solo dell'incasellamento per una durata lavorativa di 3½ ore a causa dei dolori (cfr. annotazioni del 26 settembre 2011, doc. AI 58-1). Nel frattempo

la ricorrente ha trasmesso all'amministrazione lo scritto del 27 settembre 2011 del Dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale e Medicina Manuale (SAMM), dunque non specialista in reumatologia, il quale ha riferito che la nuova attività ha generato " un aumento dei dolori a livello della colonna lombare, a livello della colonna cervicale e ad entrambe le mani " Egli ha indicato che il lavoro svolto in mattinata è esigibile, contrariamente a quello svolto nel pomeriggio e ha poi fissato il 60% di inabilità (doc. AI 60-1). Nel successivo verbale del 28 settembre 2011 tra datore di lavoro e assicurata emerge che RI 1 ha riscontrato le seguenti difficoltà: " (...) nel sollevare pesi e nell'esecuzione del lavoro: aprire la buca delle lettere, afferrare con le mani gli invii e metterli nella cassa e in seguito sollevare la cassa. Operazione che si ripete davanti ad ogni buca delle lettere. In particolare sono la sensibilità e la forza nelle mani che mi mancano per poter eseguire quest'operazione. L'attività è diversa da quella che eseguo alla mattina dove mi occupo dell'incasellamento degli invii prendendo un mazzetto alla volta, appoggiandolo sul braccio e con la mano destra inserisco una lettera alla volta nel casellario. Attività che riesco a svolgere comunque parzialmente. Inoltre anche la guida del veicolo contribuisce ad aumentare la problematica. Preciso che nella vita privata non faccio uso dell'automobile a meno che non ci sia un'ergenza. Dal domicilio al posto di lavoro mi reco a piedi" (doc. AI 61-2). Alla luce della documentazione agli atti il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale del Dr. \_\_\_\_\_ e di quella del SAM (Dr. \_\_\_\_\_). Entrambi gli specialisti hanno chiaramente indicato che l'assicurata ha dei chiari limiti funzionali oggettivi che non la rendono più adatta a lavori di distribuzione esterna della posta. Per contro, ella è in grado di svolgere lavori leggeri all'interno dell'ufficio postale per un massimo di 5 ore al giorno (doc. AI 39-10, 99-35). La mansione di vuotatura delle bucalettere era stata espressamente sconsigliata dal perito Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 39-10) e successivamente dal Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 99-35). La stessa ha poi aumentato i dolori " a livello della colonna lombare, a livello della colonna cervicale e ad entrambe le mani " indicati anche dal medico curante Dr. \_\_\_\_\_, il quale, allineandosi a quanto evidenziava il Dr. \_\_\_\_\_ aveva ritenuto esigibile il lavoro svolto in mattinata (incasellamento all'ufficio postale) contrariamente a quello svolto nel pomeriggio (vuotatura delle bucalettere) (doc. AI 59-1). Va poi detto che la prova di lavoro del mese di settembre 2011 è durata solo un giorno (doc. AI 61-1) e da sola non permette, malgrado l'esito negativo, di sconfessare le conclusioni dei periti. 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'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im 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 verosimi-glianza 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 l'assicurata è inabile al 50% (del 74%) in ogni attività dal mese di novembre 2010 (cfr. valutazione Dr. \_\_\_\_\_ e SMR, doc. AI 39-1, 43-1), mentre dal mese di marzo 2011 RI 1 è considerata inabile al 100% nella precedente

attività di distribuzione all'esterno della posta, mentre è considerata abile al 96%, ovvero per 5 ore al giorno, all'interno dell'ufficio postale. In attività adeguate vi è piena abilità al lavoro, ma con una riduzione del rendimento di 1/3. 2.12. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assicurata quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica. Nel rapporto del 20 giugno 2011 l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 16% (cfr. doc. AI 45-1). Come visto (cfr. consid. 2.3.; 2.4.) l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività nell'economia domestica ancora accessibili al richiedente la rendita AI, con i lavori che può eseguire una persona sana. 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 ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo 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

#### **E. 50**

\* Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)." Mentre alle cifre 3096 e ss. si legge ancora: " Il totale delle attività dev'essere sempre del 100 % (Pratique VSI 1997 p. 298). Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 p. 244). All'occorrenza gli atti vanno sottoposti all'UFAS con una proposta. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1045 e 3045 segg.). Essa deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia, nella misura abituale. Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico." In una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000, l'Alta Corte ha nuovamente confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Per quanto riguarda la determinazione dell'invalidità di persone occupate nell'economia domestica, il TFA ha inoltre già avuto modo di stabilire che - in linea di massima e senza valide ragioni - non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (cfr. DTF 128 V 93, AHI-Praxis 1997 p. 291 consid. 4a; ZAK 1986 p. 235 consid. 2d; RCC 1984 p. 143, consid. 5; STFA 22 agosto 2001 nella causa C.G., consid. 4, I 102/00). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA 11 agosto 2003 nella causa S. consid. 2, I 681/02). Il TFA ha inoltre precisato che si deve far capo ad un

medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (AHI-Praxis 2001 p. 161 consid. 3c; STFA del 2 febbraio 1999 nella causa M.J.V. e del 17 luglio 1990 nella causa W.), ritenuto che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta - strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica - è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA 11 agosto 2003 nella causa S., I 681/02 e del 28 febbraio 2003 nella causa S., I 685/02).

2.13. Nella presente fattispecie l'Ufficio AI ha incaricato l'assistente sociale di esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica sfociata in un rapporto del 20 giugno 2011 (cfr. doc. 45-1 e segg.). Per quanto riguarda le singole attività nell'economia domestica la consulente ha fissato al pto. 5.1. " Conduzione dell'economia domestica " una percentuale del 5% per importanza e dello 0% di impedimenti. Al pto. 5.2 " Alimentazione " è stata attribuita un'importanza del 40% con una percentuale di impedimenti del 20% e d'invalidità dell'8%. Al pto. 5.3. " Pulizia dell'appartamento " è stata attribuita un'importanza del 20% con una percentuale di impedimenti del 30% e d'invalidità del 6%, mentre al pto. 5.4. " Spesa e acquisti diversi " l'importanza è stata fissata al 10% con una percentuale di impedimenti del 10% e d'invalidità dell'1%. L'assistente sociale al pto. 5.5. " Bucato, confezione e riparazioni di indumenti " ha fissato un'importanza del 20% con una percentuale di impedimenti dello 0% e d'invalidità dello 0%. Infine, l'assistente sociale al pto. 5.7. " Diversi " ha fissato un'importanza del 5% con una percentuale di impedimenti del 20% e d'invalidità dell'1%.

Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha dunque stabilito una limitazione complessiva del 16%. 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 fattispecie, già è stato detto che per quanto riguarda l'aspetto medico, la perizia del Dr. \_\_\_\_\_ e del SAM 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. 2.10.). Per quanto d'altro canto riguarda la valutazione operata dall'assistente sociale, giova anzitutto rilevare che, posta la conformità ai succitati parametri delle percentuali di ripartizione applicate in concreto con riferimento alle singole mansioni componenti l'attività domestica, nei casi come quello in esame occorre tenere conto anche della ripartizione dei compiti e dei ruoli derivanti dall'obbligo di

reciproca assistenza e cooperazione alla prosperità dell'unione coniugale consacrato dal diritto matrimoniale (art. 159 cpv. 2 e 3 e art. 163 CC; Pratique VSI 1996 pag. 208; DTF 117 V 197), ciò che in casu permette senz'altro di ritenere sicuramente adeguate le percentuali d'impedimento evidenziate con riferimento alle mansioni comportanti un maggior impiego e sforzo fisico, le quali tengono giustamente conto della collaborazione del marito e dei figli maggiorenni, che risultano peraltro giustificate anche alla luce delle suevocate risultanze mediche. A tal proposito va 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. 2.14. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa: - del 50% dal mese di novembre 2010 nella sua attività abituale e in attività adeguate: - del 96% dal mese di marzo 2011, nella sua attività, ovvero 5 ore al giorno (prima del danno alla salute lavorava 5,17 ore al giorno, cfr. questionario del datore di lavoro, doc. AI 10-3, dopo l'insorgenza del danno sono dunque esigibili 5 ore al giorno:  $5 \times 100: 5,17$ ); - del 67%, sempre dal mese di marzo 2011, in attività adeguate (riduzione del rendimento di 1/3), 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. 2.15. Per quanto riguarda il periodo da novembre 2010, viste le quote parti tra attività salariata (74%) e mansioni casalinghe (26%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è così del 41,1% ( $74 \times 50\% + 26 \times 16\%$ ) in applicazione del metodo misto, ossia un grado d'invalidità che permette l'attribuzione di un quarto di rendita come stabilito dall'amministrazione. Per quanto riguarda invece il periodo da marzo 2011, viste le quote parti tra attività salariata (74%) e mansioni casalinghe (26%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è così del 7,12% ( $74 \times 4\% + 26 \times 16\%$ ) in applicazione del metodo misto, ossia un grado d'invalidità che non permette la concessione di prestazioni dell'assicurazione invalidità come stabilito dall'amministrazione. Il ricorrente ha contestato, a torto, la mancata applicazione del raffronto dei redditi (cfr. doc. I, pag. 5/6), in quanto l'utilizzo del raffronto percentuale è ammesso dalla giurisprudenza federale. Ad esempio il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C\_444/2009 del 16 settembre 2009, nella quale il TF, confermando la precedente sentenza 32.2008.73 del 23 aprile 2009 del TCA, ha confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità per un assicurato, abile al lavoro al 50% sia nella sua attività, sia in altre; in una sentenza 9C\_559/2009 del 18 dicembre 2009 per un'assicurata inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Vedi sul tema anche la STF

9C\_22/2014 del 18 febbraio 2014. Procedendo comunque al raffronto dei redditi, per il periodo da novembre 2010, partendo da un salario da invalido di fr. 52'865.97, applicando una deduzione del 50% e ammettendo la riduzione del 16%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 22'203.70 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 53'567.-- si ottiene un grado d'invalidità del 59%. Viste le quote parti tra attività salariata (74%) e mansioni casalinghe (26%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è così del 47,7% ( $74 \times 59\% + 26 \times 16\%$ ) in applicazione del metodo misto. Procedendo invece al raffronto dei redditi, per il periodo da marzo 2011, partendo da un salario da invalido di fr. 53'394.63 applicando una deduzione del 33% e ammettendo la riduzione del 16%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 30'050.49 confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 54'102.67 si ottiene un grado d'invalidità del 44,4%. Viste le quote parti tra attività salariata (74%) e mansioni casalinghe (26%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è così del 36,7% ( $74 \times 44\% + 26 \times 16\%$ ) in applicazione del metodo misto. Alla luce del grado d'invalidità, dopo il confronto dei redditi, del 47,7% in attività adeguate nel novembre 2010 e del 36,7% nel marzo 2011, il TCA deve concludere che l'assicurata è in grado di sfruttare al meglio la sua capacità lavorativa residua nella precedente attività, nella quale il grado d'invalidità è rispettivamente del 41,1% e del 7,12%. L'UAI ha pertanto giustamente ridotto le prestazioni a partire dal 1° febbraio 2011 e soppresso dal 1° luglio 2011, 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). Nella misura in cui l'UAI ha attribuito all'assicurata una rendita intera dal 1° settembre 2010 al 31 gennaio 2011 e un quarto di rendita dal 1° febbraio 2011 al 30 giugno 2011, la decisione del 21 marzo 2013 merita conferma. 2.16. 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.