

TI_GERICHTE 32.2018.137 vom 13. Juni 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-06-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.137

FR: TI_GERICHTE 32.2018.137 du 13 juin 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.137 del 13 giugno 2018

Regeste

Corretta la decisione con la quale è stata ridotta ad un quarto la rendita spettante all'assicurata, nonché il suo ammontare, calcolato in maniera corretta come spiegato dalla Cassa competente

Erwägungen

E. 3

e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i _____ nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico 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 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 psico-sociale 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 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.8. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dagli specialisti del _____, poi avallata dal SMR, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatte proprie all'Ufficio AI. I consulenti in reumatologia, neurologia e psichiatria del _____, come visto, hanno infatti analizzato l'insieme delle patologie dell'interessata, giungendo a conclusioni ben motivate riguardo ai limiti funzionali e alla capacità lavorativa residua esigibile nonostante i disturbi alla salute. Il TCA non ha motivo per dubitare delle ben motivate e condivisibili valutazioni mediche degli specialisti del _____. In tale ambito occorre rilevare che il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell'ambito dell'esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell'esperto (cfr. STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie. Dal profilo somatico, infatti, l'assicurata non ha prodotto della documentazione medico-specialistica atta a sollevare il benché minimo dubbio riguardo all'apprezzamento peritale del _____. Quanto agli aspetti psichici, se è pur vero che il patrocinatore della ricorrente ha trasmesso due refertazioni del _____ attestanti un peggioramento dello stato di salute dell'interessata, il TCA concorda con lo psichiatra del SMR nel ritenere che le stesse non siano tali da modificare la valutazione del _____ posta a fondamento della decisione

impugnata. Va a tale proposito, innanzitutto, rilevato che il peggioramento delle condizioni di salute dell'interessata, attestato in data 25 giugno 2018 dalla dr.ssa _____ – al di là di ogni valutazione di merito a proposito della sua oggettività o meno - è, in ogni caso, successivo alla decisione impugnata, del 13 giugno 2018, data che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. STF 9C_32/2017 del 31 ottobre 2017 consid. 4.3.2.; STF 8C_661/2013 del 22 settembre 2014 consid. 3.1.2.; STF 9C_5/2012 del 31 gennaio 2012; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1.) (cfr. doc. I/C, corsivo della redattrice). Nel precedente referto _____ del 23 aprile 2018 citato dalla dr.ssa _____ e richiamato da questo Tribunale, difatti, la psichiatra curante ha espressamente indicato che “la presa a carico, parallelamente alle misure di reinserimento professionale, ha consentito alla paziente di ritrovare un certo equilibrio ed una stabilizzazione dello stato psichico favorendo la parziale ripresa lavorativa”, aggiungendo che “il lavoro terapeutico svolto e la stabilità raggiunta sarebbero compromesse qualora la paziente dovesse lasciare per via di un rimpatrio forzato quanto faticosamente riacquisito in questi anni” (doc. XVIII/1, corsivo della redattrice). Fino a quella data (23 aprile 2018), quindi, lo stato di salute dell'interessata era, per stessa valutazione della psichiatra curante, stabile e tale da consentirle una parziale attività lavorativa (doc. XVIII/1). Il TCA ritiene, dunque, che il peggioramento cui ha fatto riferimento la dr.ssa _____ nell'attestazione del 25 giugno 2018 sia intervenuto dopo la decisione dell'UAI del 13 giugno 2018. Tale convincimento trova il proprio fondamento nella decisione del 30 luglio 2018 con la quale l'Ufficio della Migrazione ha respinto l'istanza di riesame del 16 luglio 2018 presentata in merito alla decisione dell'8 aprile 2016 di rifiuto del rinnovo del permesso di soggiorno stabilita dallo stesso Ufficio della Migrazione. Tale decisione è poi stata confermata su ricorso dal Consiglio di Stato con risoluzione governativa no. _____ del 14 marzo 2018, non impugnata dall'assicurata e pertanto cresciuta in giudicato. Pertanto, visto che il rifiuto del rinnovo del permesso di soggiorno risale all'8 aprile 2016 e che tale decisione è cresciuta in giudicato con la decisione, definitiva, del 14 marzo 2018 del Consiglio di Stato; ritenuto che nel referto del 23 aprile 2018 la dr.ssa _____ ha reputato che un rimpatrio forzato comprometterebbe la stabilità dello stato di salute psichica conquistato dall'interessata e che in data 16 luglio 2018 è stata presentata una istanza di revisione in merito al rifiuto di rinnovo del permesso B, il TCA considera che la riesacerbazione della sintomatologia dell'assicurata attestata dalla dr.ssa _____ nel referto del 25 giugno 2018 (verosimilmente a supporto dell'istanza di revisione presentata all'Ufficio della Migrazione) sia successivo alla decisione dell'Ufficio AI qui impugnata. Già solo per tale ragione, quindi, un eventuale aggravamento dello stato di salute, essendo stato attestato successivamente alla decisione impugnata, non può essere considerato nella presente vertenza, ma deve essere oggetto di approfondimento, se del caso, nell'ambito di una domanda di revisione. Inoltre, trattandosi di un peggioramento delle condizioni psichiche di tipo reattivo - la dr.ssa _____ ha infatti espressamente indicato che “tale aggravamento è da ricondurre al mancato rinnovo del permesso di soggiorno” (doc. I/C), nonché alla “conferma del rimpatrio in _____ da parte dell'Ufficio Stranieri” (doc. XIII/C) – occorrerà valutare se ciò possa realmente avere una ripercussione sul diritto alla rendita. Va a tale riguardo, infatti, rilevato che, in una STF 9C_640/2017 del 28 dicembre 2017, il Tribunale federale ha confermato il giudizio con il quale i primi giudici, basandosi sulla perizia psichiatrica, hanno ritenuto che l'assicurato non presentasse alcun disturbo psichico invalidante, ma unicamente una sintomatologia derivante dal mancato riconoscimento dell'invalidità somatica. Per tali ragioni, i giudici cantonali hanno escluso di

essere in presenza di una modifica dello stato di salute in grado di incidere sul diritto alla rendita, facendo riferimento alla giurisprudenza in materia di disturbi reattivi a una decisione negativa da parte dell'amministrazione. In un'altra STF 9C_799/2012 del 16 maggio 2013, l'Alta Corte è giunta alle medesime conclusioni, rilevando in particolare che "In solchen reaktiven Störungen, welche adäquater ärztlicher Behandlung zugänglich sind, kann rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 294) keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung erblickt werden, ansonsten der gesetzliche Invaliditätsbegriff seine Konturen verlöre". Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze dei periti interpellati dall'amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessata e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; 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 verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che all'assicurata vada riconosciuta una incapacità lavorativa del 50% sia nella precedente attività, sia in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali. 2.9. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha stabilito che il reddito da valida dell'assicurata nella propria attività di ausiliaria di pulizie ammontava a fr. 48'000 (2014), che aggiornati al 2015 corrispondono a fr. 48'176. Quanto al reddito da invalida, l'Ufficio AI ha indicato che, alla scadenza dell'anno di attesa (febbraio 2014), l'assicurata avrebbe potuto conseguire quale ausiliaria di pulizie al 50% un reddito di fr. 24'000, mentre per il 2015 di fr. 24'088. L'Ufficio AI ha aggiunto che il reddito da invalida conseguibile dopo la formazione breve quale ausiliaria di vendita, conclusa con successo il 31 maggio 2017, ammonta a fr. 56'643.20 per un'attività al 100%, pari a fr. 28'425.50 per un'impiego al 50%. Alla luce di tali dati, l'amministrazione, eseguito il raffronto dei redditi, ha stabilito che prima del maggio 2017 il grado di invalidità dell'interessata è del 50%, poi ridotto, dopo la conclusione della formazione breve, al 41%. Per tali ragioni, nella decisione impugnata, l'Ufficio AI ha assegnato all'assicurata una mezza rendita di invalidità dal 1° febbraio 2014 al 31 maggio 2017, poi ridotta ad un quarto di rendita a contare dal 1° giugno 2017 (doc. A). Con il ricorso il patrocinatore dell'assicurata ha contestato il grado AI del 41% calcolato dall'amministrazione, ritenendo che "il reddito ipotetico attuale di fr. 28'425.50" calcolato dall'UAI debba invece essere quantificato, per un'attività al 50%, in fr. 27'600 corrispondenti al reddito reale percepito dall'interessata (doc. I). Nella risposta di causa, ribadita la correttezza del calcolo riportato nella decisione impugnata, l'Ufficio AI ha rilevato che "ad ogni buon conto, anche volendo prendere in considerazione – per pura ipotesi di lavoro – il salario annuo di fr. 27'600 indicato da controparte, il risultato finale non cambierebbe nel senso che l'assicurata avrebbe sempre e comunque diritto ad un quarto di rendita di invalidità", per un grado AI del 42,7%, inferiore al 50% necessario per potere usufruire di una mezza rendita come, invece, richiesto con il ricorso (doc. VIII). Il TCA può fare proprio il calcolo del grado di invalidità dell'amministrazione, sottolineando come sia il reddito da valido, sia quello da invalido, siano stati determinati in maniera corretta. Il reddito da valido, non contestato,

ammonta in effetti a fr. 48'000 (2014), come indicato dal datore di lavoro (cfr. doc. 96). Anche il reddito da invalido per il 2014 è stato correttamente determinato, sia con riferimento all'usuale attività di ausiliaria di pulizie per un importo, al 50%, di fr. 24'000, sia con riferimento ad altre attività, applicando in questa seconda evenienza la tabella RSS 2014 TA1, con una riduzione del 50% per ragioni mediche e del 15% quale deduzione sociale, per un ammontare complessivo di fr. 23'031 (cfr. doc. 141). Dal raffronto tra il reddito da valido e quello da invalido (sia in attività abituale, sia in altre adeguate), risulta un grado di invalidità (del 50%, rispettivamente del 52%) giustificante il diritto ad una mezza rendita di invalidità. Quanto invece al raffronto dei redditi per il periodo successivo al conseguimento dell'attestato di frequenza da parte della società degli impiegati di commercio al dettaglio per il corso base nel settore della vendita, l'amministrazione ha pure correttamente fatto riferimento ai dati statistici salariali di cui alla tabella TA 2014 Noga 47, donna, livello di competenza semplice e ripetitivo, aggiornato al 2015, per un ammontare di fr. 56'851 al 100%, pari a fr. 28'425.50 al 50% (cfr. doc. 131). Raffrontando tale ammontare con quello da valido di fr. 48'176, emerge un grado di invalidità del 41%, come correttamente indicato dall'Ufficio AI (doc. A). Il TCA rileva che al medesimo risultato si giungerebbe anche nel caso in cui, come richiesto dal patrocinatore dell'assicurata nel ricorso, il reddito da invalido venisse determinato tenendo conto del salario realmente conseguito dall'assicurata nell'attività reperita presso B _____ a partire dal 1° giugno 2017, al 50%, pari a fr. 2'300 mensili o fr. 27'600 annui. Anche in tale evenienza, infatti, dal raffronto dei redditi, risulterebbe, come giustamente indicato in sede di risposta di causa dall'UAI, un grado di invalidità del 42.71%, arrotondato al 43%, percentuale che darebbe comunque diritto ad un quarto di rendita di invalidità. Stante quanto sopra esposto, l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente assegnato all'assicurata una mezza rendita di invalidità limitatamente al periodo compreso fra il 1° febbraio 2014 e il 31 maggio 2017, poi ridotta ad un quarto di rendita di invalidità a decorrere dal 1° giugno 2017. Su questo punto la decisione impugnata deve dunque essere confermata e il ricorso respinto. 2.10.

Confermata, quindi, la correttezza del grado di invalidità posto a fondamento della decisione con la quale l'Ufficio AI ha ridotto da mezza ad un quarto la rendita spettante all'interessata a contare dal 1° giugno 2017, occorre ora verificare l'esattezza o meno dell'ammontare della prestazione stessa corrisposta all'insorgente dal 1° giugno 2017. Innanzitutto occorre precisare che ai sensi dell'art. 30ter cpv. 1 LAVS per ogni assicurato obbligato a pagare i contributi, è tenuto un conto individuale, sul quale sono annotate le indicazioni necessarie al calcolo delle rendite ordinarie. Il Consiglio federale precisa i particolari (cfr. art. 139 OAIss). Questo non significa che per i redditi iscritti nel conto individuale, sono stati versati integralmente i contributi. L'art. 30ter cpv.2 LAVS prevede infatti che i redditi di un'attività lucrativa, ottenuti da un lavoratore e dai quali il datore di lavoro ha trattenuto i contributi legali, sono annotati nel conto individuale, anche se il datore di lavoro non ha versato i contributi alla cassa di compensazione. Quanto prodotto dal convenuto non è pertanto sufficiente per comprovare l'asserito pagamento. A norma dell'art. 30ter LAVS per ogni assicurato obbligato a pagare i contributi è tenuto un conto individuale (CI), sul quale sono annotate le indicazioni necessarie al calcolo delle rendite ordinarie. Il Consiglio federale precisa i particolari. I redditi di un'attività lucrativa, ottenuti da un lavoratore e dai quali il datore di lavoro ha trattenuto i contributi legali, sono annotati nel conto individuale, anche se il datore di lavoro non ha versato i contributi alla cassa di compensazione. Secondo l'art. 141 OAVS l'assicurato ha il diritto di esigere da ogni cassa di compensazione che tiene per lui un conto individuale un estratto delle registrazioni ivi

fatte, con indicazione degli eventuali datori di lavoro. L'estratto di conto è rilasciato gratuitamente (cpv. 1). L'assicurato può chiedere inoltre alla cassa di compensazione competente per la riscossione dei contributi, o a un'altra cassa di compensazione, estratti di tutti i conti individuali tenuti per lui da ogni singola cassa di compensazione. Gli assicurati all'estero indirizzano la domanda alla Cassa svizzera di compensazione (cpv. 1bis). L'assicurato può chiedere alla cassa di compensazione una rettificazione dell'estratto entro 30 giorni dal ricevimento. La cassa di compensazione si pronuncia mediante decisione (cpv. 2). Se non è domandato nessun estratto del conto o nessuna rettificazione, o se la richiesta di rettificazione è stata respinta, la rettificazione delle registrazioni fatte nel conto individuale può essere richiesta, al momento in cui si verifica l'evento assicurato, soltanto quando gli errori di registrazione siano evidenti o debitamente provati (cpv. 3). Questo vale anche se si tratta di iscrizioni non complete, come la non registrazione di contributi versati (DTF 110 V 97 consid. 4). Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha anche precisato che la regola in tema di prova indicata all'art. 141 cpv. 3 OAVS, non esclude l'applicazione del principio inquisitorio. La prova piena deve essere fornita secondo le regole usuali sull'assunzione e l'onere della prova prevalenti nell'assicurazione sociale, l'obbligo di collaborare della parte essendo in questo caso accresciuto (DTF 117 V 261 = RCC 1992 pag. 378). Le correzioni possono essere estese a tutto il periodo di contribuzione dell'assicurato, quindi anche agli anni per i quali un pagamento dei contributi arretrati non sarebbe più possibile, a causa del termine quinquennale di perenzione ai sensi dell'art. 16 cpv. 1 LAVS (DTF 117 V 263; RCC 1984 pag. 460 consid. 1). Tuttavia, in tale ambito le casse di compensazione non sono autorizzate a statuire in merito a questioni giuridiche, quando l'assicurato poteva sollevarle in sede di ricorso (RCC 1984 pag. 184, 459). Secondo la giurisprudenza dell'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), i contributi versati a nome di uno dei coniugi ed iscritti nel proprio CI non possono essere più trasferiti, dopo il termine di cinque anni della perenzione ex art. 16 cpv. 1 LAVS, nel conto dell'altro coniuge, a meno che si tratti di un errore di registrazione ai sensi del citato art. 141 cpv. 3 OAVS (cfr. in tal senso anche sentenza H 272/01 del 19 novembre 2001). Trattasi, ad esempio, di un errore di registrazione quando i contributi sono iscritti nel conto individuale della moglie, ma versati dal marito, a seguito delle decisioni di contribuzione intimate a quest'ultimo (RCC 1984 pag. 459). Secondo l'art. 29 sexies cpv. 1 LAVS è riconosciuto un accredito per compiti educativi agli assicurati per gli anni durante i quali hanno esercitato l'autorità parentale su uno o più figli minori di 16 anni (per determinati casi cfr. art. 52e e f OAVS). L'accredito per compiti educativi assegnato alle persone coniugate durante gli anni civili di matrimonio è ripartito per metà tra i coniugi (art. 29 sexies cpv. 3 LAVS). Generalmente l'anno di inizio dell'accredito sorge con la nascita del primo figlio e cessa con il compimento del 16mo anno di età dell'ultimo figlio. Nessun accredito è attribuito per l'anno in cui sorge il diritto, mentre è attribuito per l'anno in cui il diritto si estingue (art. 52f cpv. 1 OAVS). L'accredito corrispondente all'anno di scioglimento del matrimonio o all'anno del decesso di uno dei genitori è concesso al genitore al quale è stata attribuita l'autorità parentale o al genitore superstite (art. 52f cpv. 2 OAVS). L'ammontare dell'accredito corrisponde al triplo dell'importo della rendita di vecchiaia annua minima al momento dell'inizio del diritto alla rendita (art. 29 sexies cpv. 2 LAVS). L'accredito assegnato alle persone coniugate durante gli anni civili di matrimonio è tuttavia ripartito per metà tra i coniugi (art. 29 sexies cpv. 3 LAVS).

2.11. Giova ancora qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio. Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le

apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. Alla fattispecie in discussione è applicabile la Lptca, che prevede la massima dell'ufficialità, il principio inquisitorio e quello dell'applicazione d'ufficio del diritto (in questo senso: Marco Borghi e Guido Corti, Compendio di procedura amministrativa ticinese, edito dalla CFPG, Lugano, ad art. 18 pag. 89 e segg.; cfr. inoltre STFA U 94/01 del 5 settembre 2001; STFA I 83/01 del 31 maggio 2001; STFA U 429/00 del 13 marzo 2001; Untersuchungsgrundsatz, SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; AHI Praxis 1994 pag. 212; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; Spira, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, in: Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; Kurmann, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege in erster Instanz, in: Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; Beati in: Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali, Lugano 1993, pag. 1 seg). Su questi aspetti, si veda in particolare: DUC, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. 2.12. Nella decisione impugnata l'Ufficio AI ha indicato che la prestazione (un quarto di rendita) alla quale ha diritto l'assicurata dal 1° giugno 2017 corrisponde a di fr. 318.-- al mese, calcolati sulla base di una scala 30 (rendita parziale) e di un totale di 18 anni e 6 mesi di contribuzione (doc. A). Il patrocinatore dell'insorgente ha contestato tali parametri, ritenendo che gli anni di contribuzione non siano stati calcolati in maniera corretta, avendo l'assicurata lavorato anche in altri periodi non computati, pur riconoscendo di non essere in grado di dimostrare quanto sostenuto (doc. I). Unitamente alla risposta di causa, l'amministrazione ha prodotto la presa di posizione del 5 settembre 2018, con la quale Cassa _____, su richiesta dell'UAI, ha spiegato nel dettaglio le modalità di determinazione degli anni di contribuzione e della scala di rendita, confermandone la correttezza. In particolare, la Cassa competente ha rilevato quanto segue: "(...) Nella fattispecie, per il calcolo della rendita d'invalidità dell'assicurata, nata il _____ 1966, fa stato il periodo di contribuzione dal 1° gennaio 1987 (anno susseguente il 20° anno di età) fino al 31 dicembre 2013 (anno precedente l'inizio del diritto alla rendita). Durante questo

l'insorgente presenta un periodo di contribuzione effettivo (periodi di contribuzione + periodi di computo accrediti educativi) di 18 anni e 4 mesi, essendo entrata in Svizzera il 25 settembre 1995. Rispetto ai 27 anni di contribuzione degli assicurati della sua classe di età, l'assicurata presenta dunque un periodo di contribuzione incompleto, ciò che comporta l'assegnazione di una rendita parziale di scala 30. Per quel che concerne il reddito annuo medio, la Cassa ha sommato tutti i redditi da attività lucrativa iscritti nel conto individuale e relativi al succitato periodo di contribuzione, che sono stati rivalutati secondo il fattore 1.000 di cui all'articolo 51bis OAVS. La somma così ottenuta di fr. 236'526.- è poi stata divisa per i 18 anni e 4 mesi di contribuzione ciò che corrisponde ad un reddito annuo medio di fr. 12'901.-. Per ogni anno in cui un assicurato ha provveduto all'educazione dei figli minori di 16 anni è assegnato un accredito che corrisponde al triplo della rendita annua minima vigente al momento in cui sorge il diritto alla rendita. L'assicurata ha avuto dal suo matrimonio quattro figli: _____ (1985), _____ (1988), _____ (1989) e _____ (1994). In concreto vanno attribuiti accrediti dal 1987 (anno susseguente il 20° anno di età) al 2010 (compimento del 16° anno di età dell'ultimogenito). Nessun accredito è però assegnato quando l'assicurata si trovava all'estero e non era assicurata in Svizzera. Inoltre, se una persona è assicurata soltanto durante determinati mesi, si aggiungono questi mesi oltre l'anno civile. Un accredito per compiti educativi è concesso per dodici mesi (art. 52f cpv. 5 OAVS). La media dell'accredito per compiti educativi (intero) è determinata secondo la seguente formula: (rendita di vecchiaia annua minima x 3) x numero di bonifici durati di contribuzione computabile (marg. 5487 delle Direttive sulle rendite (DR), edite dall'UFAS). Ne consegue quindi che vanno computati 15 accrediti interi. Nel 2014 gli accrediti assommano a fr. 34'462.- (1'170 x 12 x 3 x 15 : 18 anni e 4 mesi). Il reddito annuo medio della rendita corrisponde pertanto, nel 2014, a fr. 47'736.- (12'901+ 34'462 = 47'363, arrotondato al limite superiore conformemente alle tabelle edite dall'UFAS). A seguito dell'adeguamento all'evoluzione dei prezzi e dei salari, dal 1° gennaio 2015 il reddito annuo medio è poi rivalutato a fr. 47'940.-. Con un reddito annuo medio di fr. 47'940.- ed una scala di rendita 30, la prestazione assicurativa erogata all'assicurata, in applicazione delle tabelle UFAS corrisponde a fr. 318.- mensili. L'importo assegnato quale quarto di rendita risulta così essere corretto.” (Doc. VIII/2) 2.13. Chiamato a pronunciarsi, il TCA non ha motivo per scostarsi dal calcolo operato dalla Cassa, la quale, come spiegato in maniera precisa e puntuale nello scritto del

E. 5

settembre 2018 accluso alla risposta di causa dell'UAI, ha debitamente tenuto conto sia dei periodi di contribuzione, sia dei periodi di computo accrediti educativi (doc. VIII/2). In particolare, questo Tribunale rileva che l'assicurata non ha prodotto alcuna prova che possa far dubitare della correttezza dell'operato dell'amministrazione. Al contrario, va sottolineato che il patrocinatore dell'assicurata ha riconosciuto che _____ non dispone di alcuna documentazione a comprova dei presunti periodi di attività lavorativa che l'interessata ricorderebbe di avere svolto, ma che non risultano comprovati. Alla luce di queste affermazioni del patrocinatore dell'assicurata, il TCA ritiene che un ulteriore accertamento presso _____ così come richiesto dall'avv. RA 1 si riveli superfluo. Non avendo l'insorgente comprovato o quantomeno reso verosimile di avere versato i contributi per un periodo diverso rispetto a quello, risultante dal suo conto individuale, preso in considerazione dall'amministrazione, né che vi sia stato un errore nella registrazione dei suoi redditi, il TCA non può far altro che confermare il calcolo operato dalla Cassa competente. A tale riguardo, va osservato che in una STF 9C_350/2019 del 18

giugno 2019, l'Alta Corte ha confermato quanto deciso dai primi giudici, i quali avevano considerato che l'assicurato non avesse dimostrato che le indicazioni riportate nel proprio conto individuale AVS fossero inesatte. In un'altra STF 9C_743/2017 del 16 marzo 2018, pubblicata in SVR 10/2018 AHV nr. 14, il TF ha indicato che nella misura in cui non è dimostrato che il datore di lavoro abbia dedotto dal salario i contributi AVS per gli anni in questione, non è consentito rettificare le registrazioni nel CI, siccome i presupposti di cui all'art. 30ter cpv. 3 LAVS non sono adempiuti (consid. 5.1). L'Alta Corte ha pure sottolineato che l'art. 141 cpv. 3 OAVS consente soltanto la rettifica di eventuali "errori di scrittura". In questo contesto, non è pertanto possibile chiarire questioni di principio e, in funzione a ciò, effettuare rettifiche di merito (consid. 5.2). Stante quanto sopra esposto, ne segue che le lacune riscontrate dalla Cassa non possono essere colmate. Anche su questo punto la decisione impugnata appare quindi corretta e merita di essere confermata. 2.14.

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.-vanno poste a carico dell'assicurata. Quest'ultima ha tuttavia chiesto di essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio essendo le sue modeste entrate insufficienti per fare fronte ai costi della presente procedura (doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Nella presente fattispecie, ci si potrebbe chiedere se la vertenza non fosse già palesemente priva di esito favorevole, in quanto la situazione valetudinaria dell'interessata, come visto sopra (cfr. consid. 2.8.), è stata approfonditamente valutata tramite la perizia pluridisciplinare del _____ del 12 novembre 2015, mentre il patrocinatore si è limitato a contestare le risultanze peritali producendo due referti, della psichiatra curante, dr.ssa _____ del _____, datati 25 giugno 2018 e del 17 settembre 2018, entrambi successivi alla decisione impugnata. Il patrocinatore dell'assicurata, non potendo ignorare che la data di emissione della decisione impugnata delimita il potere cognitivo del giudice, doveva sapere che un eventuale peggioramento dello stato di salute deve essere esaminato nell'ambito di una domanda di revisione. Quanto agli aspetti economici, poi, il TCA rileva come il patrocinatore abbia contestato l'attribuzione di un quarto di rendita di

invalidità, chiedendo che il reddito da invalido venga calcolato in base al salario effettivo concretamente percepito dall'assicurata, richiama che, come diffusamente esposto in precedenza (cfr. consid. 2.9.), anche volendo, porterebbe al medesimo risultato, ossia l'attribuzione di un quarto di rendita di invalidità. Anche l'ammontare del quarto di rendita corrisposto all'assicurata, come visto, risulta corretto e rispettoso delle normative in vigore, senza che il patrocinatore dell'interessata abbia dimostrato il contrario. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria andrebbe quindi respinta. Il TCA rileva che, in ogni caso, neppure il presupposto dell'indigenza può essere considerato adempiuto nel caso di specie. Dalle carte processuali risulta che l'assicurata, divorziata e madre di quattro figli, di cui una sola ancora convivente (_____ nata il _____ 1994, di professione _____), dispone, quali entrate, del proprio stipendio al 50% (fr. 2'300 mensili), oltre al quarto di rendita AI (fr. 318 mensili), per un totale di fr. 2'618. L'assicurata non ha dichiarato alcuna sostanza. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurata deve essere applicato l'importo base mensile per persona sola di fr. 1'200.- stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° settembre 2009). Bisogna, poi, computare il canone di locazione di fr. 1'700.-- al mese e il premio afferente all'assicurazione obbligatoria contro le malattie (pari, una volta dedotta la riduzione cantonale dei premi, a fr. 168.30 mensili). Si ottiene, quindi, un onere globale di fr. 3'068.30.--. Inoltre va tenuto conto del fatto che all'importo di base determinato in riferimento alla Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, va aggiunto un supplemento del 15-25%, ossia di fr. 180.--/300.-- conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza U 102/04 del 20 settembre 2004. In casu, aggiungendo tale supplemento all'importo di base risulterebbe un ammanco mensile oscillante fra fr. 630.30 e fr. 750.30 mensili. Va tuttavia rilevato che la figlia maggiorenne _____, che abita ancora con la madre, percepisce un salario mensile lordo di fr. 4'600 per la sua attività di assistente dentale (cfr. allegati al doc. XIII/1) ed è quindi esigibile che contribuisca all'economia domestica in misura tale da coprire interamente l'ammanco mensile. Infatti, secondo la dottrina in materia di diritto esecutivo, il figlio maggiorenne esercitante un'attività lucrativa che vive nell'economia domestica, è chiamato a contribuire alle spese di abitazione, quale l'affitto ed il riscaldamento (cfr. Mühlh, in Kommentar über Schuldbetreibung und Konkurs, Basilea 1998, ad art. 93 N.20, pag. 946; cfr. anche la tabella per il calcolo del minimo esistenziale LEF edita dalla Camera di esecuzione e fallimento (CEF) del Tribunale d'appello, valida dal 1° settembre 2009, ove al punto IV precisa che: "il reddito da lavoro di figli maggiorenni, che vivono nell'economia domestica del debitore, non viene considerato in linea di principio per il calcolo vitale dell'escusso. Viene per contro calcolata una partecipazione appropriata del figlio maggiorenne alle spese d'abitazione (canone locatizio e riscaldamento)"). In queste circostanze, siccome si può pretendere dalla figlia dell'assicurata che dia un contributo all'economia domestica, l'interessata non può essere ritenuta indigente ai sensi della succitata giurisprudenza. Ne consegue la reiezione dell'istanza.

E. 30

giorni dal ricevimento. La cassa di compensazione si pronuncia mediante decisione (cpv. 2). Se non è domandato nessun estratto del conto o nessuna rettificazione, o se la richiesta di rettificazione è stata respinta, la rettificazione delle registrazioni fatte nel conto individuale

può essere richiesta, al momento in cui si verifica l'evento assicurato, soltanto quando gli errori di registrazione siano evidenti o debitamente provati (cpv. 3).

Anche su questo punto la decisione impugnata appare quindi corretta e merita di essere confermata.

Il patrocinatore dell'assicurata, non potendo ignorare che la data di emissione della decisione impugnata delimita il potere cognitivo del giudice, doveva sapere che un eventuale peggioramento dello stato di salute deve essere esaminato nell'ambito di una domanda di revisione.

Quanto agli aspetti economici, poi, il TCA rileva come il patrocinatore abbia contestato l'attribuzione di un quarto di rendita di invalidità, chiedendo che il reddito da invalido venga calcolato in base al salario effettivo concretamente percepito dall'assicurata, richiesta che, come diffusamente esposto in precedenza (cfr. consid. 2.9.), anche volendo, porterebbe al medesimo risultato, ossia l'attribuzione di un quarto di rendita di invalidità.

Anche l'ammontare del quarto di rendita corrisposto all'assicurata, come visto, risulta corretto e rispettoso delle normative in vigore, senza che il patrocinatore dell'interessata abbia dimostrato il contrario.

In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria andrebbe quindi respinta.

Il TCA rileva che, in ogni caso, neppure il presupposto dell'indigenza può essere considerato adempiuto nel caso di specie.

Dalle carte processuali risulta che l'assicurata, divorziata e madre di quattro figli, di cui una sola ancora convivente (_____ nata il _____ 1994, di professione _____), dispone, quali entrate, del proprio stipendio al 50% (fr. 2'300 mensili), oltre al quarto di rendita AI (fr. 318 mensili), per un totale di fr. 2'618.

Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurata deve essere applicato l'importo base mensile per persona sola di fr. 1'200.- stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF.

Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° settembre 2009).

Bisogna, poi, computare il canone di locazione di fr. 1'700.-- al mese e il premio afferente all'assicurazione obbligatoria contro le malattie (pari, una volta dedotta la riduzione cantonale dei premi, a fr. 168.30 mensili).

Si ottiene, quindi, un onere globale di fr. 3'068.30.--.

In casu, aggiungendo tale supplemento all'importo di base risulterebbe un ammanco mensile oscillante fra fr. 630.30 e fr. 750.30 mensili.

Va tuttavia rilevato che la figlia maggiorenne _____, che abita ancora con la madre, percepisce un salario mensile lordo di fr. 4'600 per la sua attività di assistente dentale (cfr. allegati al doc. XIII/1) ed è quindi esigibile che contribuisca all'economia domestica in misura tale da coprire interamente l'ammancio mensile.

Infatti, secondo la dottrina in materia di diritto esecutivo, il figlio maggiorenne esercitante un'attività lucrativa che vive nell'economia domestica, è chiamato a contribuire alle spese di abitazione, quale l'affitto ed il riscaldamento (cfr. Mühl, in Kommentar über Schuldbetreibung und Konkurs, Basilea 1998, ad art. 93 N.20, pag. 946; cfr. anche la tabella per il calcolo del minimo esistenziale LEF edita dalla Camera di esecuzione e fallimento (CEF) del Tribunale d'appello, valida dal 1° settembre 2009, ove al punto IV precisa che: "il reddito da lavoro di figli maggiorenni, che vivono nell'economia domestica del debitore, non viene considerato in linea di principio per il calcolo vitale dell'escusso. Viene per contro calcolata una partecipazione appropriata del figlio maggiorenne alle spese d'abitazione (canone locatizio e riscaldamento)").

In queste circostanze, siccome si può pretendere dalla figlia dell'assicurata che dia un contributo all'economia domestica, l'interessata non può essere ritenuta indigente ai sensi della succitata giurisprudenza. Ne consegue la reiezione dell'istanza.

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