

TI_GERICHTE 32.2018.160 vom 21. August 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-08-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.160

FR: TI_GERICHTE 32.2018.160 du 21 août 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.160 del 21 agosto 2018

Regeste

Diniego rendita. In sede di risposta UAI ha postulato accoglimento parziale del ricorso (riconoscimento 1/2 rendita)= mera proposta indirizzata al giudice. Ricorso parz. accolto con attribuzione di 1/2 rendita di invalidità

Erwägungen

E. 6

cpv. 1 Lptca). Nella misura in cui l'amministrazione non ha emesso una nuova decisione (cfr. art. 6 cpv. 2 Lptca), tale scritto assume nel caso di specie il carattere di una mera proposta indirizzata al giudice affinché egli decida in tal senso. 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). 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). Secondo la giurisprudenza 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 e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni

sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i soli documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.3). 2.4. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato 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). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza federale, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per

quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.4).

2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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 (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p. 254-257). Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, 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). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale 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 und

unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, in due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante.

2.6. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 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 SAM 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). 2.7. Dal punto di vista medico, l' amministrazione ha fondato la propria decisione sul rapporto finale del 16 agosto 2017 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale, il quale - dopo aver posto la diagnosi con influsso sulla CL di: “ Sindrome ansioso depressiva; BPCP INYHA; lombalgia cronica; Stato dopo protesi totale del ginocchio (12.2016); Esiti di lobectomia su tumore polmonare ” e senza influsso sulla CL di: “ DM II insulino dipendente ” ha così fissato il grado di inabilità lavorativa in qualsiasi attività

professionale al: 100% dal 2 giugno al 31 ottobre 2008; 50% dal 1° novembre 2008 al 31 ottobre 2016 (in base a quanto indicato dal medico curante dell'assicurata, dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia); 70% dal 1° novembre al 12 dicembre 2016; 100% dal 13 dicembre 2016 al 31 gennaio 2017 (per l'intervento chirurgico al ginocchio); 70% dal 1° febbraio 2017 e continua (da intendersi quale riduzione di rendimento), puntualizzando un carico massimo di 5 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (inclusa), la necessità di pause supplementari (inclusa) e nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione. Il medico SMR ha quindi concluso che lo stato di salute dell'assicurata era peggiorato soprattutto a causa della psicopatologia con prognosi infausta e senza possibilità di applicare ulteriori terapie, al fine di migliorare o mantenere verosimilmente la capacità lavorativa (pag. 579-581 incarto AI). Il TCA non ha motivo per mettere in dubbio queste conclusioni - che, del resto, sono rimaste incontestate in sede ricorsuale - e ritiene quindi dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che RI 1 in qualsiasi attività lavorativa (rispettosa dei limiti indicati dal medico SMR) ha presenta-to/presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 2 giugno al 31 ottobre 2008; 50% dal 1° novembre 2008 al 31 ottobre 2016; 70% dal 1° novembre al 12 dicembre 2016; 100% dal 13 dicembre 2016 al 31 gennaio 2017; 70% dal 1° febbraio 2017 e continua (da intendersi quale riduzione di rendimento). 2.8. Per quanto riguarda le conseguenze del peggioramento dello stato di salute dell'assicurata (risalente al 1° novembre 2016: cfr. consid. 2.7) dal profilo economico, l'amministrazione ha constatato che RI 1, oltre che salariata dipendente in qualità di “ Direttore sanitario e responsabile delle cure ai pazienti ” della ditta _____ di _____ (iscritta a RC dall'estate 2004), ne risulta pure socia gerente con diritto di firma individuale della stessa nonché intestataria del capitale sociale di maggioranza (fr. 19'000.-). La signora _____ è invece proprietaria di una quota minima (fr. 1'000.-) ed è socia senza diritto di firma (cfr. inchiesta economica del 21 settembre 2017, pag. 587 incarto AI). RI 1 pertanto assume de facto una posizione di totale controllo della società, motivo per cui - contrariamente a quanto sostenuto in sede ricorsuale - l'UAI l'ha rettamente considerata quale indipendente. A tal riguardo va ricordato che, secondo la giurisprudenza, generalmente amministratori o direttori impiegati, che di fatto sono azionisti unici o parziali di una società anonima e che hanno una determinante influenza sulla gestione della società, sono formalmente considerati salariati. Tuttavia, in analogia al principio valido nell'AVS in cui per la distinzione tra attività dipendente e indipendente sono determinanti le condizioni economiche e non giuridiche (DTF 122 V 171 consid. 3a con riferimenti), sono considerati indipendenti gli assicurati che dal punto di vista economico e della politica aziendale hanno una rilevante posizione in seno alla società; ciò è segnatamente il caso di ditte individuali che si trasformano in società anonime di stampo familiare con partecipazione del coniuge, del figlio o di parenti stretti (STFA I 185/02 del 29 gennaio 2003 consid. 3.1 confermata in STF 9C_453/2014 del 17 febbraio 2014 consid. 4.1 e 8C_928/2015 del 19 aprile 2016 consid. 2.3.4). Lo stesso discorso vale anche nel caso in cui un socio gerente, formalmente salariato, detiene la maggior parte del capitale societario (in casu 96%), motivo per cui viene considerato quale indipendente (STF 9C_472/2009 del 28 luglio 2010; cfr., tra le tante, STCA 32.2016.113 del 19 giugno 2017, consid. 2.5). L'UAI ha quindi ordinato all'ispettorato AI di esperire un'inchiesta economica per indipendenti, eseguita il 21 settembre 2017 (pag. 586-593 incarto AI). Nel relativo rapporto dell'11 ottobre 2017 l'incaricata, dopo avere esposto lo stato di salute dell'assicurata, le indicazioni fornite

dall'assicurata, la formazione scolastica e professionale, la situazione attuale dell'azienda e del personale con i cambiamenti imputabili per lo più a contingenze lavorative (calo dei pazienti, in quanto l' _____ di _____ preferisce consigliare lo _____ ai pazienti che dimette anziché assistenti di cura privati, che non sempre può essere può essere affrontato con la pari riduzione del personale, in quanto assunto a contratto e non a ore: cfr. pag. 588 e 592; assunzione di nuovi dipendenti, ma in sostituzione della contabile e non in sua vece: cfr. pag. 589 e 592), dopo aver proceduto all'evoluzione dei redditi dell'impresa, esaminata l'eventuale adozione di provvedimenti d'integrazione (poi scartata; " Data l'età dell'assicurata, l'attività svolta e, non da ultimo, l'inabilità medico-teorica riconosciuta, non è esigibile un cambio di professione ", cfr. pag. 590), ha determinato come segue il reddito da valida e quello da invalida: " (...) Reddito senza invalidità: Il reddito senza invalidità è già stato posto dalle precedenti revisioni, in particolare dall'inchiesta indipendenti e successivo progetto del 28.01.2014, ai quali rimando. La tabella che segue applica le attualizzazioni sino al 2016 e definisce i redditi senza invalidità per gli anni successivi:

Anno	Aumento %	Importo aggiornato
2013	0.7401%	CHF 84'000.-
2014	0.7771%	CHF 84'653.-
2015	0.3674%	CHF 84'964.-
2016	0.6761%	CHF 85'538.-

Reddito con invalidità: (...). Prendendo a riferimento il periodo più recente che segna, per così dire, la nuova richiesta di prestazioni, abbiamo per il 2016 un salario lordo dichiarato di fr. 69'458.-, salario che, come mostra il raffronto che segue, pur decurtato delle perdite aziendali, porta ad una perdita complessiva del 22%: Reddito ipotetico senza danno 2016 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 85'538 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 85'538 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 85'538 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 85'538 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) SFr. 66'670 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 66'670 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 66'670 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 66'670 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 18'868 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 22% Solo nel 2017, stando al formulario e altresì al documento che ha consegnato a mano in occasione dell'inchiesta - dove viene precisato un salario lordo mensile di fr. 3'538.89.- possiamo valutare, almeno ipoteticamente, una perdita che può dare diritto a prestazioni (ma inferiori al grado medico teorico). L'ha segnalato l'assicurata nel formulario e così appare nella documentazione medica a dossier, che indica un peggioramento dello stato di salute a decorrere dal novembre 2016. Com'è noto e come ho sottolineato io stessa all'assicurata nel corso del nostro incontro, la soppressione della prestazione è stata motivata da ragioni economiche, non dal miglioramento dello stato di salute. Oggi ci troviamo confrontati vieppiù con un peggioramento, peraltro visibile anche durante l'incontro; tuttavia manchiamo dei dati economici necessari a valutare la perdita. Pertanto, a meno che il Servizio prestazioni non desideri procedere unilateralmente con il riconoscimento della prestazione in base ai dati medico teorici, non sono nella posizione per valutare la perdita economica se prima non sarà concluso il 2017 e potrò disporre del conto economico definitivo dell'anno in corso. Come mostra il formulario di richiesta della prestazione, che indica una inabilità del 40% laddove medicalmente è giustificato 70%, e come altresì provano le valutazioni economiche precedenti, l'assicurata è in una posizione,

all'interno della propria società, in cui, con e nonostante le fasi acute di malattia, è stata in grado di conseguire un guadagno, almeno sino allo scorso anno, che non dà diritto a prestazioni. Per queste ragioni non ritengo corretto applicare il metodo straordinario, metodo possibile nel caso in cui non si disponga della documentazione economica necessaria. Se guardiamo al lavoro vediamo che l'assicurata lavora da casa, dove svolge un'attività prettamente amministrativa; ciò le consente, come detto sopra, di ottimizzare la propria capacità, delegando a terzi, quando necessario, le attività che non è in grado di fare. Sentita nel corso dell'incontro, ha ammesso di aver assunto nuovi dipendenti ma in sostituzione della contabile e non in sua vece. Anche le perdite che hanno caratterizzato 2014 e 2015 sono dovute alla diminuzione dei pazienti, non al danno alla salute. Per tutte le ragioni sopra esposte non posso che sospendere il giudizio sino a quando non avrò la documentazione economica relativa all'anno in corso.

E. 9

CONCLUSIONI Come detto sopra mi riservo di valutare il caso solo dopo che sarà stato prodotto dall'assicurata il conto economico 2017, che andrà richiesto a partire dal prossimo gennaio. Rendo attento il segretario che, per quanto possa trattarsi del CE dichiarato, dovrà essere definitivo. Sarà altresì necessario chiedere alla signora RI 1 la distinta dei salari assoggettati all'AVS per il 2017. Una volta che vi sarà la documentazione economica necessaria, il caso mi potrà essere attribuito direttamente e procederò alla valutazione della perdita. (...)” (pag. 590-592 incarto AI; il grassetto non è della redattrice) In seguito l'assicurata ha trasmesso all'ispettrice il riepilogo dello stipendio percepito nel 2017, la dichiarazione dei salari per l'anno 2017 inviata alla Cassa _____ e le schede contabili della società (pag. 606 e 611 incarto AI) mentre la sua segretaria le ha trasmesso, su indicazione della ricorrente, una copia del contratto collettivo di lavoro per il personale occupato presso i Servizi privati di assistenza e cura a domicilio (CCL dei SACD privati), versione del 1° gennaio 2016, al quale sottostanno dal 2011 (pag. 612-614 incarto AI) ed il conto economico provvisorio per il 2017 (pag. 617-621 incarto AI). Nel complemento del 15 marzo 2018 al rapporto di inchiesta dell'11 ottobre 2017 l'incaricata ha indicato quanto segue: " (...) Esiti delle inchieste precedenti: L'incontro con l'assicurata è avvenuto nel settembre 2017. Dall'incontro, e dalla documentazione prodotta a quel momento, ne è scaturito il rapporto di inchiesta del 11.10.2017, dove l'assicurata, tra i cambiamenti riconducibili al danno alla salute, indicava: Inizialmente ha sostituito la contabile, la signora _____ assunta tre anni prima, con _____, attiva al 60% (da giugno ad agosto 2017 in attività prettamente amministrativa), ma "si è resa presto conto che quest'ultima non era adatta al lavoro di carattere amministrativo/organizzativo". Ora "ha ingaggiato" un giovane aiuto, _____, attivo dallo scorso agosto in misura dell'80%; non è formato come il personale precedente ma "spera di essere lei a formarlo, poco alla volta". Le sembra un "giovane volenteroso". Il suo continua ad essere, come in passato, un lavoro prettamente amministrativo. Spiega di non aver lavorato sia nel 2014 che nel 2015 ed aver ripreso l'attività all'inizio del 2016. Nonostante non abbia svolto un lavoro, ha continuato ad attribuirsi una retribuzione, ha aggiunto l'assicurata, dato che non dispone più delle indennità di malattia. Spiega di aver delegato alla contabile, in passato, ma essersi poi resa conto di dover comunque controllare la contabilità evitando di "lasciar fare". Personale attivo in attività amministrative: Come evidenzia la distinta dei salari assoggettati all'AVS, nel 2017 la signora Antognetti ha svolto l'attività per un breve periodo, da giugno ad agosto; le è subentrato _____ che in cinque mesi di attività, da agosto a dicembre, ha percepito fr. 16'384.- lordi (ovvero fr. 3'277.- lordi mensili). Come emerge altresì nel

precedente rapporto di inchiesta del 05.01.2011 e dalla lettera dell'assicurata del 13.07.2017, il personale che svolge attività a carattere amministrativo il seguente: - _____, infermiera geriatrica e segretaria - che nel 2009 ha percepito fr. 32'251.- lordi, nel 2016 fr. 45'759.-, mentre nel 2017 fr. 53'828.- - che nell'incontro del 2011 l'assicurata ha indicato come colei che l'ha sostituita in attività di carattere amministrativo - _____, contabile, assunta nel settembre 2016 - _____, da sempre socia e collaboratrice, la cui remunerazione non ha subito sostanziali cambiamenti negli anni. A questo riguardo l'assicurata, in tutte le inchieste effettuate, non ha mai indicato che il rapporto di collaborazione sia cambiato, in tal senso aumentato, nel corso degli anni. -Infine i due collaboratori assunti di recente, prima la signora _____, poi il signor _____ . (...)” (pag. 622 incarto AI; il grassetto non è della redattrice). Nel medesimo scritto l'incaricata ha inoltre puntualizzato quanto segue: " (...) Reddito con invalidità: Riguardo al reddito senza invalidità, dopo l'inchiesta economica del 05.01.2011 e nel progetto di decisione del 18.01.2011 è stato riconosciuto un reddito "da valida" di fr. 81'234.-, corrispondente al guadagno reale conseguito dall'assicurata tra il 2005 e il 2007. In quella occasione è stata riconosciuta la prestazione con una perdita del 50% in attività abituale. In sede di 1.a revisione, con inchiesta del 28.01.2014 si era preso a riferimento il dato di cui sopra attualizzato al 2012, giungendo a definire un guadagno senza invalidità di fr. 83'383.-. Alla valutazione è seguito il progetto di soppressione della prestazione (28.01.2014), ma nelle osservazioni contro il progetto, presentate dall'assicurata il 04.03.2014, il reddito senza invalidità proposto non è stato contestato. (...). Contratto collettivo: La signora _____ ha inviato una corrispondenza il 01.02.2018 in cui viene indicato il salario relativo alla funzione secondo il contratto collettivo presso i Servizi _____. Nella copia del contratto a dossier due sono le classi salariali che corrispondono alla funzione di "Infermiera/Coordinatrice capo equipe", la classe 6 (che l'assicurata ritiene essere quella che le compete, dove è indicato "per ora non inserita nel CCL") e la classe 5, con la medesima funzione ma salario inferiore; anziché fr. 8'198.- (fr 106'574 annuali) mensili della classe 6, abbiamo fr. 7'580.- mensili alla classe 5 (fr. 98'551.- annuali). Oltre al fatto che il contratto è in vigore dal 01.01.2016 e non dal 2011, si tratta di un contratto "firmato individualmente" dagli enti (pag. 35 del contratto), tra i cui firmatari risulta esserci anche il _____. (...). Come sottolineato all'art. 2 del CCL e ripreso sia all'articolo 1 che agli articoli seguenti, il contratto è applicato ai dipendenti degli enti firmatari e non ai dirigenti. L'assicurata, come titolare e rappresentante della società, ha una posizione privilegiata all'interno di essa nel senso che i benefici finanziari che le competono dipendono direttamente dall'andamento di quest'ultima - sia che si tratti di benefici, sia che si tratti di perdite, come è avvenuto negli anni 2014 e 2015. In definitiva, l'applicazione del contratto collettivo, per quanto coinvolga i dipendenti degli enti firmatari, non definisce inderogabilmente il salario dell'assicurata, in virtù nondimeno del fatto che gli elementi che ne definiscano il reddito sono due, salario ed utili o perdite, elementi strettamente interdipendenti

Valutazione-Conclusioni: Il reddito senza invalidità definito sin qui, indicato nel rapporto di inchiesta del 11.10.2017, ammonta a fr. 85'538.- lordi per il 2016, cifra che attualizza il reddito indicato nel progetto di soppressione della prestazione del 28.01.2014. Si sottolinea come a quel momento l'assicurata non abbia contestato il reddito proposto. In questa nuova richiesta la signora RI 1, per tramite della contabile (con corrispondenza del 01.02.2018) ha proposto un altro salario senza invalidità, facendo riferimento alla classe 6 del contratto collettivo del 2016, da cui risulterebbero fr. 106'574.-lordi. Per contro, nel formulario di richiesta delle prestazioni ha indicato salari diversi a seconda degli anni (2015/2016 e 2017), salari che

verosimilmente sembrano corrispondere ad un'attività a tempo pieno senza invalidità. Trovandoci pertanto a dover valutare da un lato il reddito senza invalidità definito sino ad oggi, dall'altro le proposte salariali presentate dall'assicurata, si impongono alcune considerazioni. L'attività abituale dell'assicurata, innanzitutto, non è mutata nel corso degli anni, né è cambiata la struttura aziendale del _____: la signora RI 1 ricopre da sempre il ruolo di direttrice sanitaria nonché titolare della società, con mansioni di carattere organizzativo, amministrativo, dirigenziale. Attività, peraltro, in cui ha dichiarato di essersi fatta sostituire da personale che non ha lo stesso livello salariale, né la stessa qualifica, come nel caso del signor _____. Oltre a ciò, come già evidenziato in questa nota, il _____ ha subito recentemente (2014-2015) importanti perdite, prettamente di natura economica e non direttamente riconducibili al danno. Se guardiamo infatti ai conti societari alla società, la cifra d'affari nel 2015 era di fr. 435'347.-, nel 2016 di fr. 385'660.- ed infine nel 2017 è risalita a fr. 415'580.- con variazioni che non hanno relazione diretta con la malattia dell'assicurata. Considerate l'attività indipendente e le variazioni di settore, non si giustifica il salario proposto dall'assicurata, guadagno che peraltro la signora RI 1 fa valere oggi, dopo il danno alla salute, e non al momento della prima domanda o della revisione. In considerazione di queste riflessioni non ritengo che gli argomenti presentati dall'assicurata siano sufficienti per applicare un diverso reddito senza invalidità. Pertanto confermo come il reddito da valida sia il seguente: Anno Aumento % Importo aggiornato 2013 0.7401% CHF 84'000.- 2014 0.7771% CHF 84'653.- 2015 0.3674% CHF 84'964.- 2016 0.6761% CHF 85'538.- Reddito con invalidità: La tabella indica i redditi reali conseguiti dall'assicurata con il danno alla salute: 2017 2016 2015 2014 2013 2012 Salario Lordo senza indennità 42'070 67'946 + 1'511 89'234 85'817 72'335 72'005 Utile/perdite aziendali dichiarati Provvisorio 2017: 13'294 -1'276 -71'670 -53'938 -614 15'983 Utile/perdite aziendali tassate -71'670 -53'938 -614 15'983 Salario + utili 55'364 68'181 17'563 31'879 72'949 87'988 Utili riportati -111'019 -46'387 -7'522 -25'680 C.I. 89'234 85'817 72'335 72'005 Per quanto, dal lato medico, venga indicata un'inabilità che darebbe diritto ad una rendita intera da giugno 2008, questa percentuale non è confermata dal lato economico. La prestazione è stata infatti soppressa e l'assicurata ha dovuto ripresentare domanda per l'aggravarsi dello stato di salute. Se guardiamo al 2016, disponiamo del CE definitivo; pertanto, stando ai dati economici in nostro possesso, abbiamo una perdita di fr. 68'181; non disponiamo del dato imposto fiscalmente, tuttavia negli anni precedenti non sono stati applicati vantaggi, pertanto verosimile ritenere che ciò avvenga anche per gli anni in valutazione. Per il 2017 disponiamo unicamente del conto economico provvisorio. L'assicurata è stata chiamata a provvedere all'invio della documentazione economica in più occasioni, sia per lettera che telefonicamente. La contabile, in una telefonata dello scorso dicembre, ha spiegato che per ragioni contabili il CE definitivo non sarebbe stato pronto prima di giugno 2018, pertanto, per procedere celermente nell'interesse dell'assicurata, abbiamo concordato l'invio del CE provvisorio. Nel caso in cui tuttavia, l'assicurata contesti la valutazione, mi riservo di rivedere il caso solo dopo che avrà inviato il CE 2017 definitivo. Reddito ipotetico senza danno 2016 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 85'538 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 85'538 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 85'538 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 85'538 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) SFr. 68'181 ./ 2.5%

d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 68'181 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 68'181 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 68'181 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 17'357 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 20% Reddito ipotetico senza danno 2017 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 85'538 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 85'538 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 85'538 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 85'538 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) SFr. 55'364 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 55'364 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 55'364 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 55'364 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 30'174 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 35% **CONCLUSIONI E PROCEDERE:** Nonostante il peggioramento dello stato di salute, confermato medicalmente, dal lato economico non possiamo confermare il diritto alla prestazione. Le ragioni alla base del mancato riconoscimento sono state esaurientemente spiegate nella nota. Nel caso in cui l'assicurata contesti la proposta, ritengo indispensabile poter disporre del CE 2017 definitivo. (...)" (pag. 625-628 incarto AI). A seguito delle osservazioni inoltrate il 12 maggio 2018 dal patrocinatore dell'assicurata, avv. RA 1, (pag. 649-651 incarto AI) e dopo aver ricevuto il CE definitivo per il 2017 (pag. 658-664 incarto AI), richiesto nuovamente dall'UAI (pag. 654 incarto AI) su indicazione dell'ispettrice (pag. 654 incarto AI), quest'ultima, nell'annotazione del 3 luglio 2018 (pag. 665 e 666 incarto AI), ha nuovamente valutato il grado d'invalidità nel 2017, indicando e puntualizzando quanto segue: " (...) Ad un salario lordo di fr. 42'070.- saranno sommati utili per fr. 18'177.-, il che ci porta ad un reddito lordo, per il 2017, di fr. 60'247.-. La perdita risulta essere, pertanto, del 30% e non del 35% (...). Reddito ipotetico senza danno 2017 secondo l'evoluzione dell'impresa, sulla base dei documenti contabili e degli estratti dei CI SFr. 85'538 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 85'538 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 85'538 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito ipotetico senza invalidità della persona assicurata SFr. 85'538 Reddito da invalido conformemente ai documenti contabili, senza redditi supplementari per la persona assicurata (es: le indennità giornaliere o le rendite) SFr. 60'247 ./ 2.5% d'interesse sui fondi propri investiti nell'impresa (Frs.) Totale intermedio SFr. 60'247 + contributi personali AVS/AI/IPG Totale intermedio SFr. 60'247 ./ quota di lavoro non remunerata del congiunto (... %) Reddito d'invalido della persona assicurata SFr. 60'247 Diminuzione del reddito dell'attività professionale imputabile al danno alla salute SFr. 25'291 Tasso di diminuzione del reddito dell'attività professionale 30% (...). rimando a quanto indicato nella nota del 21.03.2018: L'attività abituale dell'assicurata, innanzitutto, non è mutata nel corso degli anni, né è cambiata la struttura aziendale del _____: la signora RI 1 ricopre da sempre il ruolo di direttrice sanitaria nonché titolare della società, con mansioni di carattere organizzativo, amministrativo, dirigenziale. Attività, peraltro, in cui ha dichiarato di essersi fatta sostituire da personale che non ha lo stesso livello salariale, né la stessa qualifica, come nel caso del signor _____. L'assicurata, diversamente da

quanto sostiene il rappresentante, ha continuato anche nel corso del 2017 a svolgere l'attività di coordinatrice del servizio, attività per la quale si è attribuita un salario e grazie alla quale la società ha prodotto utili. Il personale che il rappresentante cita nelle osservazioni collabora da anni con la signora RI 1, mentre dei nuovi assunti, Antognetti e Vergani, si parla al punto 4.3 del rapporto di inchiesta del 11.10.2017: Inizialmente ha sostituito la contabile, la signora _____ assunta tre anni prima, con _____, attiva al 60% (da giugno ad agosto 2017 in attività prettamente amministrativa), ma "si è resa presto conto che quest'ultima non era adatta al lavoro di carattere amministrativo/organizzativo". Ora "ha ingaggiato" un giovane aiuto, _____, attivo dallo scorso agosto in misura dell'80%; non è formato come il personale precedente ma "spera di essere lei a formarlo, poco alla volta". Le sembra un "giovane volenteroso".

Conclusioni: La perdita subita nel 2017 dall'assicurata risulta essere del 30% e non del 35% come indicato in precedenza. (...)” (pag. 665-666 incarto AI) Davanti a questa Corte il patrocinatore della ricorrente ha contestato la valutazione operata dall'ispettrice, che avrebbe determinato un reddito “da valida” troppo basso mentre, per quanto concerne il reddito “da invalida”, avrebbe dimenticato lo scarso rendimento del lavoro dell'assicurata ed i sovracosti che avrebbe dovuto sostenere la ditta _____ per assumere dei nuovi collaboratori che svolgessero le mansioni divenute a lei inesigibili a causa dei suoi problemi di salute come pure le diverse fonti di reddito dell'assicurata (cfr. doc. I). Nell'annotazione complementare del 1° ottobre 2018 (doc. IV-1) l'ispettrice ha quindi indicato quanto segue:

" Ripartizione utili aziendali: Nonostante l'assicurata detenga il 95% del capitale, si sono attribuiti all'assicurata gli utili aziendali al 100% poiché si ritiene che sia la signora RI 1 a gestire la società e a determinare, pertanto, il risultato aziendale nella sua interezza. Si tratta di un aspetto che per quanto sia stato diversamente considerato nell'inchiesta del 2014, è apparso chiaramente in occasione della domanda di prestazioni attuale, dove l'inchiesta ha chiarito il ruolo della socia senza diritto di firma _____, che stando alle dichiarazioni dell'assicurata, si sarebbe pensionata a fine 2017- punto 4.1 del rapporto per indipendenti del 11.10.2017. Utili aziendali: Il ruolo dell'assicurata è evidentemente determinante all'interno della società proprio in virtù della presenza di personale sanitario il cui lavoro deve essere organizzato. Nel caso in cui vi siano utili, frutto di ricavi da prestazioni e spese di esercizio, essi sono da attribuire evidentemente all'assicurata, che li ha resi possibili grazie alla corretta gestione del personale. Pertanto non vi è ragione alcuna per non attribuirle gli utili in misura piena. Sostituzioni : Riguardo, infine, alle sostituzioni, riprendo quanto indicato nel rapporto di inchiesta del 11.10.2017, dove vengono descritti i cambiamenti in termini di personale dopo il danno alla salute: dalle CM (ad esempio su 5 ore di attività amministrativa, ne viene rimborsata 1 e mezza). Inoltre nel 2016 ha dovuto aumentare la liquidità della società attraverso un prestito (visibile a bilancio) proprio a seguito della difficile situazione economica; per il prestito è stata costretta ad aumentare l'ipoteca. Riconduce la perdita al "cattivo lavoro fatto dalla contabile", che avrebbe falsificato anche la firma del revisore - per quanto, come faccio notare e sottolineo durante l'incontro, vi sono riduzioni dei ricavi che possono contribuire a ridurre gli utili. Inizialmente ha sostituito la contabile, la signora _____ assunta tre anni prima, con _____, attiva al 60% (da giugno ad agosto 2017 in attività prettamente amministrativa), ma "si è resa presto conto che quest'ultima non era adatta al lavoro di carattere amministrativo/organizzativo". Ora "ha ingaggiato" un giovane aiuto, _____, attivo dallo scorso agosto in misura dell'80%; non è formato come il personale precedente ma "spera di essere lei a formarlo, poco alla volta". Le sembra un "giovane

volonteroso." Anche nella nota del 21.03.2018 vengono riprese le dichiarazioni dell'assicurata che descrive i ruoli dei alcuni dei propri collaboratori: " - _____ , infermiera geriatrica e segretaria - che nel 2009 ha percepito fr. 32'251.- lordi, nel 2016 fr. 45'759.-, mentre nel 2017 fr. 53'828.- - che nell'incontro del 2011 l'assicurata ha indicato come colei che l'ha sostituita in attività di carattere amministrativo - _____, contabile, assunta nel settembre 2016 - _____ , da sempre soda e collaboratrice, la cui remunerazione non ha subito sostanziali cambiamenti negli anni. A questo riguardo l'assicurata, in tutte le inchieste effettuate, non ha mai indicato che il rapporto di collaborazione sia cambiato, in tal senso aumentato, nel corso degli anni. -Infine i due collaboratori assunti di recente, prima la signora _____ , poi il signor _____ . Il rapporto di inchiesta e la nota riportano le dichiarazioni rese dall'assicurata in merito al personale che l'ha sostituita. Secondo tali dichiarazioni la signora _____ ha sostituito la precedente contabile per ragioni non riconducibili al danno alla salute dell'assicurata; né avrebbe potuto farlo, dato che i ruoli ricoperti, di contabile e direttrice sanitaria, sono completamente diversi. Per tutte le ragioni sin qui riportate l'utile va pertanto attribuito all'assicurata integralmente senza che lo si debba decurtare del salario della contabile come pretende il legale nell'esposizione ricorsuale." Per quel che concerne infine, le questioni del reddito senza e con invalidità, rimando alla nota del giurista già a dossier". (doc. IV-1). Nell'annotazione del 26 settembre 2018 (doc. IV-2), a cui l'ispettrice ha rinviato per quanto concerne la determinazione del reddito senza e con invalidità, il giurista dell'UAI ha osservato quanto segue: " Reddito da valida: (...) Dall'inchiesta del 5 gennaio 2011 emerge che il salario da valida dell'assicurata nei tre anni precedenti l'insorgenza del danno alla salute (2008) - è stato il seguente: - CHF 71'331.- nel 2005; - CHF 80'307.- nel 2006; - CHF 94'000.- nel 2007. Vi è quindi stato un incremento graduale del salario nel corso degli anni. A mio modo di vedere, non si può pertanto prendere in considerazione - quale reddito da valida - la media degli introiti degli ultimi tre esercizi in quanto il salario percepito dall'assicurata non ha subito delle forti oscillazioni/fluttuazioni/variazioni ma ha avuto un incremento graduale e costante dal 2004 in poi (anno questo in cui stata costituita la società). A tal proposito, ad esempio nella sentenza 80_611/2007 del 23 aprile 2008 inerente il reddito da valido di un consulente assicurativo che aveva conosciuto delle forti variazioni annuali del proprio salario, il TF non ha censurato la presa in considerazione, da parte dell'autorità inferiore, della media del reddito conseguito dall'assicurato negli ultimi tre anni. Con sentenza 8C_626/2011 del 29 marzo 2012, in un caso di un assicurato attivo quale indipendente nell'ambito della pulizia, il cui reddito è variato notevolmente nel corso degli anni, il TF ha affermato che nel preciso caso di specie, alla luce delle notevoli variazioni del reddito, non andava presa in considerazione la media degli introiti degli ultimi tre anni, ma degli ultimi 12. Di conseguenza, alla luce di quanto esposto sopra, il reddito da valida per l'anno 2007 va cifrato nell'importo di CHF 94'000.-. In caso contrario, procedendo con una media del reddito conseguito dall'assicurata negli ultimi tre anni, la Signora RI 1 verrebbe penalizzata ingiustamente e senza validi motivi (secondo la giurisprudenza summenzionata). Nell'ipotesi più favorevole per l'assicurata, indicizzando quindi la somma di CHF 94'000.- relativa all'anno 2007 secondo l'indice dei salari nominali, si ottiene per l'anno 2017 un reddito da valida pari a CHF 103'545,55 (103'133 + 0,4% per il 2017). Reddito da invalida Come già evidenziato sopra, la società _____ ha versato all'assicurata - nel 2017- la somma di CHF 1'000.- al mese quale indennità datore di lavoro per malattia (cfr. anche a tal proposito l'inchiesta dell'11 ottobre 2017 al punto 4.3)." La somma annua di CHF 12'000.- rappresenta quindi un salario sociale che la società di cui

sopra versa alla Signora RI 1 per compensare la mancanza di un'assicurazione perdita di guadagno in caso di malattia (e non quale remunerazione di una controprestazione lavorativa). Del resto, la dichiarazione sub. doc. A3 incarto TCA non fa altro che confermare quanto già riferito in passato dall'assicurata stessa. L'importo di CHF 12'000.- va pertanto dedotto dalla somma di CHF 42'439,45, ciò che determina un importo annuo di CHF 30'439,45 per l'anno 2017. A quest'ultimo importo va poi aggiunto l'utile di CHF 18'177.- relativo all'anno 2017 (cfr. in tal senso l'annotazione 03.07.2018 dell'Ispettrice _____ agli atti). Il reddito da invalida per l'anno 2017 corrisponde quindi alla somma totale di CHF 48'616,45." (doc. IV-1). Sulla base di tali indicazioni, il 10 ottobre 2018 l'UAI ha chiesto al TCA di accogliere parzialmente il ricorso e riformare la decisione impugnata, nel senso di riconoscerle mezza rendita di invalidità (grado 53% a fronte di un reddito annuo "da valida" di fr. 103'545'.55 e "da invalida" di fr. 48'616.45, ritenendo che il minor discapito economico l'assicurata lo presenta nello svolgimento dell'attività abituale, esigibile al 30%), a far tempo dal 1° novembre 2017, ovvero dopo un anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI." (doc. IV, pag. 3) In data 24 ottobre 2018 il rappresentante dell'assicurata ha ribadito le contestazioni già espresse in sede ricorsuale, ritenendo che la sua cliente - tenendo conto di un reddito "da valida" nel 2016 di fr. 114'144.- (determinato sulla base della TA1, per professioni sanitarie con funzioni di quadro superiore o medio) e di un reddito "da invalida" di fr. 20'639.91, pari al 30% di fr. 68'799.70 (salario annuo più che corretto per una PMI) rispettivamente al 20% di fr. 103'199.55 (salario annuo vicino al salario "da valida" ritenuto dall'UAI), fissato senza tenere conto degli utili societari ("frutto: 1. Del capitale. L'assicurata è stata pure costretta, nel passato, a ricapitalizzare la società. A questo proposito nessuna distribuzione di utile è stata eseguita perché gli utili sono serviti a coprire le perdite degli anni anteriori. 2. Del lavoro di tutti gli impiegati, compreso il management"; doc. VI, pag. 2) - abbia diritto ad una rendita intera (grado di invalidità dell'81.9%) dal 1° agosto 2017, ovvero sei mesi dopo il deposito della domanda (doc. VI). 2.9. Nel caso in esame, per la determinazione dell'incapacità al guadagno, l'amministrazione ha applicato il metodo ordinario mettendo a confronto il reddito conseguito dall'assicurata nel 2007 ed indicizzato sino al 2017 (fr. 103'545'.55), con il reddito conseguito come salariata della ditta _____ di _____, cui è stato aggiunto l'utile dell'esercizio contabile 2017 (fr. 48'616.45= fr. 30'439.45+fr.18'177.-; cfr. consid. 2.8). L'amministrazione non ha giustamente applicato il metodo straordinario (cfr., sul tema, consid. 2.3). L'ispettrice AI nell'inchiesta economica del 21 settembre 2017 ha osservato quanto segue: "(...) Come mostra il formulario di richiesta della prestazione, che indica una inabilità del 40% laddove medicalmente è giustificato 70%, e come altresì provano le valutazioni economiche precedenti, l'assicurata è in una posizione, all'interno della propria società, in cui, con e nonostante le fasi acute di malattia, è stata in grado di conseguire un guadagno, almeno sino allo scorso anno, che non dà diritto a prestazioni. Per queste ragioni non ritengo corretto applicare il metodo straordinario, metodo possibile nel caso in cui non si disponga della documentazione economica necessaria (...)", pag. 591 incarto AI). Il TCA concorda con queste considerazioni dell'ispettrice e, pertanto, con il modo di agire dell'UAI. Anche per i lavoratori indipendenti, infatti, il grado di invalidità va di principio stabilito secondo il metodo del raffronto dei redditi, a meno che questi non possano essere accertati in maniera attendibile oppure lo siano solo con un dispendio eccessivo (cfr. sentenza 8C_308/2008 del 24 settembre 2008 consid. 2.2; 9C_886/2011, 9C_899/2011 del 29 giugno 2012; STCA 32.2018.48 del 1° luglio 2019, consid. 2.5). Tali condizioni non sussistono nel caso di specie. Ciò che peraltro - a ragione - è rimasto

incontestato in sede ricorsuale. Il patrocinatore della ricorrente ha peraltro contestato unicamente il calcolo economico e la data a partire dalla quale ritiene debba essere accordata alla sua cliente una rendita di invalidità intera (doc. VI). 2.10. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr.

E. 11

e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Nel caso di specie vengono pertanto considerati i dati del 2017. Il peggioramento dello stato di salute dell'assicurata risale infatti al 1° novembre 2016 (cfr. consid. 2.7). Può rimanere qui indeciso se esso sia o meno riconducibile alle stesse affezioni all'origine della progressa invalidità. Difatti, quand'anche lo si considerasse tale (ipotesi maggiormente favorevole all'assicurata), il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita risale al 1° novembre 2017, ovvero dopo un anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, come rettamente indicato dall'amministrazione (doc. IV, pag. 3). La nuova domanda di prestazioni dell'AI per peggioramento dello stato di salute fisico e psichico è stata difatti inoltrata il 14 aprile 2017 (pag. 413-423 incarto AI; cfr. consid. 1.4) e, pertanto, non entro i tre anni successivi alla decisione di soppressione della rendita del 12 marzo 2014 (pag. 369-373 incarto AI), cresciuta incontestata in giudicato (cfr. consid. 1.3; cfr., sul tema, DTF 142 V 547). 2.11. Per quel che concerne il reddito da valida, l'UAI nella risposta di causa ha elevato il reddito da valido indicizzando il salario di fr. 94'000.- relativo all'anno 2007 (anno precedente l'insorgere del danno alla salute, 2008) secondo l'indice dei salari nominali, ottenendo per l'anno 2017 un reddito da valida pari a CHF 103'545.55 (cfr. doc. IV-2). Il TCA non ha motivo per scostarsi da detto importo che, come peraltro rettamente rilevato dall'amministrazione, costituisce l'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurata (cfr. doc. IV-2; cfr. STF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012, in cui il reddito da valido è stato calcolato sulla base dei redditi conseguiti nei tre anni precedenti l'insorgenza del danno alla salute, nel caso di specie: fr. 71.331.- nel 2005, fr. 80'307.- nel 2006 e fr. 94'000.- nel 2007; cfr. pure, tra le tante, STCA 32.2018.148 del 1° luglio 2019, consid. 2.6). D'altra parte in quegli anni non risulta alcun reddito aziendale (cfr. pag. 186 incarto AI). La critica del patrocinatore dell'insorgente a proposito della mancata applicazione al caso di specie di un reddito "da valida" nel 2016 di fr. 114'144.-, determinato sulla base della TA1, per professioni sanitarie con funzioni di quadro superiore o medio, deve essere respinta. Infatti, per determinare il reddito da valido, occorre stabilire, con il grado della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato avrebbe effettivamente potuto ottenere al momento determinante se non fosse stato invalido. Il reddito senza invalidità deve essere valutato il più concretamente possibile, motivo per cui lo si deduce di principio dall'ultimo salario conseguito dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute, tenuto conto dell'evoluzione dei salari (cfr. consid. 2.4). Il modo di procedere dell'UAI appare quindi corretto e condivisibile e va, pertanto, tutelato. 2.12. Per quanto riguarda invece il reddito da invalida, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e

riferimenti). Nel caso di specie l'ispettrice ha preso in considerazione il guadagno che RI 1 ha conseguito come salariata della ditta _____ di _____ nel 2017, ovvero fr. 42'070.- (di cui fr. 12'000.- quale indennità datore di lavoro per malattia; pag. 588 e 665 incarto AI), ed ha aggiunto un utile di fr. 18'177.- (100% dell'utile conseguito dalla ditta nel 2017: pag. 661 incarto AI), per un importo complessivo di fr. 60'247.- (pag. 665 incarto AI). Nella risposta di causa l'UAI ha preso in considerazione il guadagno che RI 1 ha conseguito come salariata della ditta _____ di _____ nel 2017, ovvero fr. 30'439.45 (pari a fr. 42'439.45 meno fr. 12'000.- che non costituiscono una remunerazione di una prestazione lavorativa) ed ha aggiunto un utile di fr. 18'177.- (100% dell'utile conseguito dalla ditta nel 2017), per un importo complessivo di fr. 48'616.45 (doc. IV-2). Il modo di procedere dell'UAI che, ha ritenuto di non prendere in considerazione ai fini della determinazione del reddito da invalida dell'assicurata l'indennità annuale di fr. 12'000.- versata dal datore di lavoro quale indennità per compensare la mancanza di un'assicurazione perdita di guadagno in caso di malattia e quindi quale salario sociale, appare corretto e condivisibile e va, pertanto, tutelato. Il rappresentante dell'assicurata ritiene non corretta la valutazione operata dall'ispettrice, che, per quanto concerne il reddito "da invalida", avrebbe dimenticato lo scarso rendimento del lavoro dell'assicurata ed i sovracosti che avrebbe dovuto sostenere la ditta _____ per assumere dei nuovi collaboratori che svolgessero le mansioni divenute a lei inesigibili a causa dei suoi problemi di salute come pure le diverse fonti di reddito dell'assicurata (cfr. doc. I). Il patrocinatore dell'assicurata ritiene che l'UAI avrebbe dovuto considerare un reddito "da invalida" di fr. 20'639.91, pari al 30% di fr. 68'799.70 (salario annuo più che corretto per una PMI) rispettivamente al 20% di fr. 103'199.55 (salario annuo vicino al salario "da valida" ritenuto dall'UAI), fissato senza tenere conto degli utili societari (doc. VI). Il TCA osserva che, per i motivi già esposti al considerando 2.8, l'UAI ha correttamente tenuto conto, nel caso di specie, anche degli utili aziendali. Per quanto concerne la ripartizione degli utili, l'ispettrice ha ritenuto di attribuire all'assicurata il 100% degli utili, nonostante detenga il 95% del capitale, "poiché si ritiene che sia la signora RI 1 a gestire la società e a determinare, pertanto, il risultato aziendale nella sua interessezza. Si tratta di un aspetto che per quanto sia stato diversamente considerato nell'inchiesta del 2014, è apparso chiaramente in occasione della domanda di prestazioni attuale, dove l'inchiesta ha chiarito il ruolo della socia senza diritto di firma _____, che stando alle dichiarazioni dell'assicurata, si sarebbe pensionata a fine 2017- punto 4.1 del rapporto per indipendenti del 11.10.2017" (doc. VI+1). Queste conclusioni non possono essere condivise dal TCA. I ruoli delle due socie vanno ripartite nella misura del 95% (assicurata) e 5% (socia senza diritto di firma: cfr. consid. 2.8) e, di conseguenza, al salario dell'assicurata va aggiunto il 95% dell'utile aziendale conseguito nel 2017 (cfr. pag. 661 incarto AI), ovvero fr. 17'268.15 (pari all'80% di fr. 18'177.-). Per quanto concerne le critiche del patrocinatore della ricorrente a proposito della non rappresentatività del reddito conseguito dall'interessata dopo il danno alla salute ritenuto dall'UAI, non avendo tenuto conto della circostanza che ha dovuto assumere dei collaboratori per eseguire le mansioni ormai divenute inesigibili per l'assicurata per ragioni di salute, il TCA rileva che condivide le motivate e puntuali considerazioni (esposte, da ultimo, nell'annotazione complementare del 1° ottobre 2018 di cui al doc. IV-1) che hanno indotto l'ispettrice a concludere che l'assicurata ha sostituito la precedente contabile per ragioni non riconducibili al danno alla salute dell'assicurata (tanto più che i ruoli ricoperti, di contabile e direttrice sanitaria, sono completamente diversi) e che, pertanto, l'utile va attribuito all'assicurata senza che lo si debba decurtare del salario della contabile come

pretende il legale nell'esposizione ricorsuale. Del resto, il patrocinatore dell'assicurata, non ha fornito elementi oggettivi per inficiare le conclusioni dell'ispettrice. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2018.3 del 30 gennaio 2019, consid. 2.9 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati; STCA 32.2017.83 del 22 febbraio 2018, consid. 2.6 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, il salario "da invalida" dell'assicurata per il 2017 ammonta quindi a fr. 47'338.15 (ovvero fr. 30'070. - fr. 42'070.- (cfr. pag. 626 incarto AI) meno 12'000 cfr. 588 e 665 incarto AI - quale salario + fr. 17'268.15 quale quota parte di utili aziendali).

2.13. Confrontando ora il reddito "da invalida" di fr. 47'338.15 (consid. 2.12) con il relativo reddito "da valida" di fr. 103'545.55 (consid. 2.11) , si ottiene un grado d'invalidità del 54,28% ($(103'545.55 - 47'338.15) \times 100 : 103'545.55$) arrotondato al 54% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, che permette l'erogazione di mezza rendita a decorrere - per i motivi già esposti al consid. 2.10 - dal 1° novembre 2017. 2.14. Nel rapporto dell'11 ottobre 2017 l'ispettrice ha esaminato l'eventuale adozione di provvedimenti d'integrazione, poi scartandola " Data l'età dell'assicurata, l'attività svolta e, non da ultimo, l'inabilità medico-teorica riconosciuta, non è esigibile un cambio di professione " (cfr. pag. 590). Il TCA rileva che condivide le motivate e puntuali considerazioni dell'ispettrice, rimaste pertanto - a ragione - incontestate dal patrocinatore della ricorrente. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico dell'assicurata nella misura di fr. 250.- e dell'UAI nella misura di fr. 250.-.

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