

## **TI\_GERICHTE 32.2018.209 vom 25. Oktober 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-10-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.209](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.209)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.209 du 25 octobre 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.209 del 25 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

aprile 2005; DTF 120 V 237; DTF 117 V 241; DTF 113 V 159).

Quando una causa viene rinviata dal Tribunale federale ad un'autorità inferiore, quest'ultima deve dare alle parti una nuova occasione di esprimersi (cfr. sentenza C 89/03 del 2 luglio 2007).

2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione oppure no l'Ufficio AI ha rifiutato di assegnare all'assicurata una rendita di invalidità o se invece, come preteso dal suo rappresentante legale, ella abbia invece diritto ad una mezza rendita di invalidità.

Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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 dunque 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*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.).

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b.

ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI 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%.

Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità.

Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, 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) ed 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b).

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 dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 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 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5).

2.3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una

attività lucrativa.

Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136).

In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete.

L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). Sono quindi escluse le attività del tempo libero (N. 3082 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS, in vigore dal 2015 nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2017). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, 1995, pag. 458; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, pag. 145).

Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

Nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari.

Il nuovo art. 27 cpv. 2 OAI stabilisce che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità di religiose s'intende ogni attività svolta nella comunità.

Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. R. Leuenberger - G. Mauro, *Changements dans la méthode mixte*, in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 seg

(45-46)).

Come emerge dalle spiegazioni pubblicate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali alla Modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) ■ Valutazione dell'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (metodo misto) ■ in merito agli adeguamenti dal 1° gennaio 2018 concernenti l'applicazione del metodo misto in seguito alla sentenza 7186/09 della Corte europea dei diritti dell'uomo del 2 febbraio 2016, si è dunque posto l'accento sulle attività che possono essere equiparate a un'attività lucrativa ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 LAI.

Si tratta delle attività che soddisfano il criterio dei terzi, vale a dire che, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, possono essere tipicamente eseguite da terzi dietro pagamento. Le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica, come le attività artistiche o di pubblica utilità, non possono invece essere equiparate a un'attività lucrativa e quindi riconosciute come mansioni consuete, se non in casi speciali (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2). Queste occupazioni non vanno dunque disciplinate in modo generale dall'OAI e pertanto non sono più espressamente menzionate nell'Ordinanza (cfr. punto 1.2 pag. 6 delle citate spiegazioni dell'UFAS).

Come evidenziato dall'Ufficio federale sugli adeguamenti del metodo misto (cfr. punto III pag. 9), dal 1° gennaio 2018 il nuovo art. 27 OAI pone quindi l'accento sui lavori domestici necessari che possono essere equiparati ad un'attività lucrativa.

Per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se si tratti di un'attività che può essere eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento.

È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio).

Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari; rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato.

Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solodopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano ad essere svolte da terzi come prima.

Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività puramente ricreative ■ le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento - non rientrano tra le attività da considerare nell'ambito delle mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb).

Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale.

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

Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146.

Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.).

Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477.

In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni.

Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51).

Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del

tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016).

Va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un grado di invalidità pensionabile (STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo.

La Corte europea - ricordato che non incombe a lei annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (sul tema vedi pure la STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016).

Nella STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50, pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 20 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo, la nostra Massima istanza ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica).

Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado di invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo.

L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU allorché le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado di invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo.

In una tale costellazione, allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGA.

Il Tribunale federale ha pertanto concluso che inquesto caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004.

La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017).

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina (u. Kieser, *Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung*, in: HAVE 2016 pag. 471 seg.(474); A. Mengis, *IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts*, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.).

Con sentenza 9C\_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione.

Nella STF 9C\_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento cfr. la STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017).

Come detto, il 1° gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582), di cui si dirà meglio nel prosieguo (vedi infra consid. 2.11.).

Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato *Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale*, risulta che ( ) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. ( )

2.5. Al fine di determinare il metodo di calcolo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa.

Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato.

A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190).

Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.).

Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, op. cit., pag. 190-191).

2.6. Nella fattispecie in esame, l'amministrazione, in applicazione del metodo misto, ha considerato l'assicurata salariata al 20% e casalinga all'80%.

L'amministrazione, eseguita la perizia del \_\_\_\_\_ (di cui si dirà in seguito, cfr. consid. 2.7.), ha proceduto ad un nuovo calcolo del grado di invalidità, sempre utilizzando il metodo misto di calcolo e considerando l'assicurata salariata al 20% e casalinga all'80%.

In sede ricorsuale, l'avv. RA 1 ha nuovamente contestato l'applicazione del metodo misto. Egli ha rilevato che dopo avere smesso di lavorare nel 1992 (anno di nascita della figlia) per dedicarsi alla famiglia quale madre e casalinga, a partire dal mese di marzo 2000 l'interessata ha iniziato a lavorare nella misura del 20% quale ausiliaria di pulizie (due ore e mezza il martedì sera e il venerdì sera), sino al mese di agosto 2012, allorquando è stata licenziata per ristrutturazione aziendale. Da quel momento non ha più lavorato.

Per tali ragioni, il legale dell'assicurata ha chiesto che il grado di invalidità per la parte salariata sia fissato al 20%, oppure che l'assicurata venga considerata unicamente casalinga (doc. I).

Tali motivazioni sono state ritenute ininfluenti da parte dell'amministrazione, la quale nella risposta di causa ha confermato che alla luce dei chiari esiti dell'istruttoria e dichiarazioni univoche agli atti a giusta ragione l'Ufficio AI ha definito il caso dell'assicurata in applicazione del metodo misto (doc. IV).

Il TCA concorda con l'amministrazione.

Dalla domanda d'indennità di disoccupazione del 29 ottobre 2012 risulta che l'assicurata ha dichiarato di essere disposta a lavorare nella misura di 8 ore settimanali, pari ad un'occupazione del 20% (doc. 5 inc. disoccupazione).

Inoltre, dall'inchiesta a domicilio svolta il 2 marzo 2017 emerge che l'assicurata ha confermato all'assistente sociale che senza l'insorgenza del danno alla salute avrebbe continuato a lavorare come in precedenza, e che aveva lavorato in precedenza come donna delle pulizie al 20% per le \_\_\_\_\_ (doc. 25).

Infine, il TCA rileva che il patrocinatore dell'interessata non ha fatto valere quale giustificazione dell'inapplicabilità del metodo misto utilizzato dall'amministrazione il fatto che l'assicurata avrebbe ora, senza il danno alla salute, aumentato il pensum lavorativo per ragioni economiche o una maggiore disponibilità di tempo da dedicare ad un'attività lucrativa, o, al contrario, sostenuto che ella si sarebbe dedicata esclusivamente alle attività domestiche.

Al contrario, l'avv. RA 1 ha chiesto che l'interessata venga considerata unicamente quale casalinga adducendo una presunta irreperibilità sul mercato del lavoro di un lavoro nella misura del 20% (doc. I).

Questo Tribunale non ritiene condivisibili le obiezioni sollevate dal patrocinatore dell'interessata, le quali, del resto, si scontrano con la realtà lavorativa dell'assicurata stessa, per lungo tempo (dal 2000 al 2012) attiva quale ausiliaria di pulizia presso il precedente datore di lavoro in misura anche minore al 20% (e meglio per 5 ore settimanali pari ad un 12% circa, cfr. doc. 17 e doc. 22).

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, in assenza di elementi che possano dimostrare il contrario, questo Tribunale deve confermare la ripartizione posta dall'Ufficio AI secondo cui l'interessata, senza il danno alla salute, avrebbe continuato a lavorare nella misura del 20% quale salariata ed all'80% quale casalinga.

2.7. Per quanto concerne l'aspetto medico, conformemente a quanto concordato tra le parti e omologato dal TCA nel decreto di stralcio 32.2017.170 del 9 novembre 2017, l'Ufficio AI ha ordinato la messa in atto di una perizia pluridisciplinare, affidata al \_\_\_\_\_.

Dal referto peritale del 22 giugno 2018 risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: neurologica (dr. \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_).

Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti del \_\_\_\_\_ hanno posto quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quella di sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a ds più che a sn con possibile recidivante irritazione della radice di L5 a ds in A. con una scoliosi a forma di S della colonna vertebrale nonché presenza di una pseudo-anterolistesi di L4 su L5 grado I-II con degenerazione discale L4-L5 in minor misura agli altri segmenti della colonna lombare con soprattutto una spondilartrosi L4-L5 e restringimento del forame intervertebrale e segni clinici e radiologici per una instabilità L4-L5, senza deficit neurologici associati, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno individuato quelle di deformazione della testa femorale a ds nell'ambito di un morbo di Perthes con iniziali alterazioni di tipo degenerativo; tendenza a un reumatismo delle parti molli; tabagismo cronico; obesità con BMI 35 kg/m<sup>2</sup> (doc. 63

pag. 12).

Esprimendosi a proposito della capacità lavorativa, gli specialisti del \_\_\_\_\_ hanno considerato l'assicurato globalmente totalmente inabile al lavoro a partire dal 7 agosto 2014 nella precedente attività di ausiliaria di pulizie, mentre in attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, hanno ritenuto l'interessata abile al lavoro nella misura dell'80% a partire dal 27 ottobre 2014 (doc. 63 pag. 16-17).

Il TCA non ha motivo per dubitare di queste dettagliate, approfondite e motivate conclusioni dei periti del \_\_\_\_\_, poi avallate dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR nel rapporto finale SMR del 2 luglio 2018 (cfr. doc. 65), rimaste peraltro incontestate in sede ricorsuale.

2.9. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti.

Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.).

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate.

Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto 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 Sozialversicherungs-recht, 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'■insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto 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)

## **E. 27**

cpv. 2 OAI per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità religiose s'intende ogni attività svolta nella comunità.

Secondo l'art. 27bis cpv. 2 OAI, per determinare il grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI, vengono sommati i seguenti gradi d'invalidità: il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa (lett. a), il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete (lett. b).

L'art. 27bis cpv. 3 OAI prevede che il calcolo del grado d'invalidità lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGa, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b).

Per l'art. 27bis cpv. 4 OAI per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno.

La disposizione transitoria relativa alla modifica del 1° dicembre 2017 prevede al cpv. 1 che i tre quarti di rendita, le mezze rendite e i quarti di rendita correnti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 1° dicembre 2017, concessi in applicazione del metodo misto, sono sottoposti a revisione entro un anno dall'entrata in vigore della presente modifica. L'eventuale aumento della rendita è concesso a contare dal momento dell'entrata in vigore della presente modifica. Per il cpv. 2 nei casi di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'art. 7 cpv. 2 LAI a cui è stata rifiutata una rendita prima dell'entrata in vigore della modifica del 1° dicembre 2017 perché il grado d'invalidità era insufficiente, viene esaminata una nuova richiesta, se il calcolo del grado d'invalidità secondo l'art. 27bis cpv. 2-4 determinerebbe presumibilmente il diritto a una rendita.

Va qui rammentato che da un punto di vista temporale, sono di principio determinanti le norme sostanziali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (sentenza del 22 luglio 2005, K 114/03, consid.3; DTF 130 V 160 consid. 5.1; DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 126 V 166 consid.4b).

Per contro, per quanto attiene alle disposizioni formali, l'Alta Corte ha già avuto modo di stabilire che, in assenza di una normativa specifica che regola la questione intertemporale, va applicato il principio generale secondo il quale, di regola, siffatte disposizioni entrano immediatamente in vigore (sentenza del 22 luglio 2005, K 114/03; DTF 130 V 4 consid. 3.2).

Inoltre con lettera circolare AI n. 372 l'UFAS ha rammentato che per tutte le prime richieste di prestazioni pendenti inoltrate prima del 1° luglio 2017, il diritto alla rendita fino

al 31 dicembre 2017 verrà valutato in base al vecchio modello di calcolo e poi rivalutato in base al nuovo modello di calcolo con effetto dal 1° gennaio 2018.■

In concreto la richiesta di prestazioni è del 13 ottobre 2015. Nessuna decisione formale dell'Ufficio AI relativa a tale richiesta è finora cresciuta in giudicato.

Occorre pertanto applicare il vecchio diritto per il calcolo delle prestazioni da agosto 2015 fino al 31 dicembre 2017, mentre le nuove norme vanno applicate per il periodo dal 1° gennaio 2018 (per dei casi in cui questo Tribunale ha già proceduto in questo senso vedi la STCA 32.2018.42 dell'8 ottobre 2018; 32.2018.29 del 7 febbraio 2019; 32.2018.56 del 25 febbraio 2019).

## 2.12. Grado d'invalidità per la parte lucrativa

Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata).

Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

In assenza di un dato effettivo, l'amministrazione ha calcolato il reddito da valido dell'interessata facendo capo ai dati statistici di cui alla RSS, donne, attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 4, pari, per un'attività lavorativa al 20%, a fr. 10'798 per il 2015 e, dopo gli adeguamenti del caso, a fr. 54'356 per il 2018 (dato quest'ultimo al 100% alla luce delle nuove norme in vigore dal 2018, cfr. consid. 2.11.).

Il legale dell'interessata ha contestato il reddito di fr. 10'798 per un'attività lavorativa al 20% riferito all'anno 2015 indicato nella decisione impugnata, rilevando come, in applicazione dei medesimi dati statistici, lo stesso Ufficio AI nella precedente decisione del 13 settembre 2017 avesse indicato un ammontare di fr. 10'838, importo a suo parere corretto e quindi da utilizzare anche ora (doc. I).

Questo Tribunale concorda con l'avv. RA 1.

Il reddito da valido, calcolato applicando i dati statistici di cui alla TA1 2014, donne, attività semplici e ripetitive, con i relativi adeguamenti (cfr. qui di seguito consid. 2.13.), ammonta pertanto a fr. 10'838 (2015).

2.13. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti).

Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

Come appena visto, l'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04).

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.

L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

In concreto, l'Ufficio AI ha proceduto ad una riduzione del 10% per attività leggere.

Il legale dell'assicurata ha criticato l'entità di tale deduzione percentuale, chiedendo che venga innalzata al 15% (cfr. doc. I).

Questo Tribunale, che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha

alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Istituto convenuto abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata.

In particolare, va sottolineato che i motivi addotti dal legale le importanti limitazioni funzionali, l'esperienza lavorativa limitata, la limitazione ad attività semplici e ripetitive e l'interazione negativa tra attività da casalinga e quella lavorativa (doc. I) non sono tali da giustificare una riduzione percentuale maggiore rispetto a quella applicata dall'amministrazione.

Il TCA sottolinea che, comunque, anche volendo, per ipotesi, considerare corretto il calcolo - favorevole all'assicurata - eseguito dall'amministrazione (la quale ha rapportato anche il reddito da invalido alla quota parte del 20%, per un grado di invalidità parziale del 28%), il risultato finale non cambierebbe, in difetto in ogni caso, come verrà illustrato in seguito, di un grado di invalidità complessivo pensionabile (cfr. infra consid. 2.16.).

2.14. Per quanto concerne l'attività di casalinga, va rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili al richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana.

Nel rapporto del 7 marzo 2017, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 40% (cfr. doc. 25).

Nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2015 (fino al 31 dicembre 2017, mentre a partire dal 1° gennaio 2018 vi è stata una rielaborazione integrale a seguito dell'entrata in vigore, il 1° gennaio 2018, della modifica dell'OAI per la valutazione dell'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (metodo misto)), allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera ha previsto una nuova ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo - che nel caso concreto risultano essere stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse.

In particolare la cifra 3086 (versione precedente la rielaborazione del 2018) prevedeva:

"Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva:

Attività

Minimo %

Massimo %

1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo)

2

5

2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento)

10

50

3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti)

5

20

4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici)

5

10

5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe)

5

20

6. Accudire i figli o altri familiari

0

### **E. 30**

7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)\*

0

50

\* Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)."

Mentre alle cifre 3087, 3088 e 3089 si legge ancora:

"Il totale delle attività dev'essere sempre del 100% (Pratique VSI 1997 p. 298).

Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3086. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 p. 244).

In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1048 e 3044 segg.) Deve cioè ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (decisione del TFA del 17 marzo 2005, I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico.

In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati; N. 1048 e 3044 segg.) Deve cioè ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della

sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (decisione del TFA del 17 marzo 2005, I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità al lavoro nell'ambito domestico.

In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona attiva nell'economia domestica deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati, N. 1048 e 3044 segg.). La maggior mole di lavoro può essere presa in considerazione per il calcolo dell'invalidità soltanto se l'assicurato non è in grado di svolgere la totalità dei lavori domestici durante il normale orario di lavoro e necessita dunque dell'aiuto di terzi (RCC 1984, pag. 143, consid. 5). L'interessato deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei familiari in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (DTF 133 V 509, consid. 4.2). Se non adotta i provvedimenti volti a ridurre il danno, al momento della valutazione dell'invalidità non sarà tenuto conto della diminuzione della capacità al lavoro nell'ambito domestico.■

Al riguardo, la giurisprudenza federale ha avuto modo di stabilire che - in linea di massima e senza valide ragioni - non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (DTF 130 V 99s consid. 3.3.1; AHI-Praxis 1997 p. 291 consid. 4a; ZAK 1986 p. 235 consid. 2d; RCC 1984 p. 143, consid. 5; STFA 4 settembre 2001 nella causa S., consid. 4, I 175/01). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2; cfr. anche STFA I 249/04 del 6 settembre 2004 consid. 5.1.1).

L'Alta Corte ha inoltre stabilito che nell'ambito della determinazione dell'invalidità di assicurati occupati nell'economia domestica, è di regola prioritario, rispetto a una valutazione medica-teorica, l'accertamento dettagliato dei rapporti concreti effettuato al domicilio dell'assicurato (STFA I 407/92 dell'8 novembre 1993; cfr. anche RCC 1984 p. 143 consid. 5). L'inchiesta economica a domicilio consente prioritariamente di valutare la portata degli impedimenti causati da disturbi fisici. Essa conserva tuttavia valore probatorio quando si tratta di valutare gli impedimenti che l'interessato incontra nell'esercizio delle sue abituali attività in ragione di disturbi psichici (cfr. STF 9C\_108/2009 del 29 ottobre 2009 consid. 4.1). In caso di divergenza tra le risultanze dell'inchiesta domiciliare e le constatazioni di ordine medico, queste ultime hanno di regola più valore (cfr. STF 8C\_671/2007 del 13 giugno 2008 consid. 3.2.1 e I 311/03 del 22 dicembre 2003 consid. 4.2.1 pubblicata in Pratique VSI 2004 p. 137). Questa priorità di principio si giustifica con il fatto che è sovente difficile per la persona incaricata dell'inchiesta di riconoscere e di valutare l'entità del danno psichico e degli impedimenti che ne derivano (cfr. STF I 733/03 del 6 aprile 2004 consid. 5.1.3).

2.15. Nella presente fattispecie, l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, sfociata nel rapporto del 7 marzo 2017, tenendo conto delle limitazioni evidenziate dal profilo medico nel rapporto finale del SMR del 6 giugno 2016 (il quale valutava la percentuale di impedimenti in ambito domestico nella misura del 100% dal 7 agosto 2014, poi ridotta al 30%-40% a partire dal 27 ottobre 2014, ossia tre mesi dopo

il rientro a domicilio, cfr. doc. 23) ha stabilito quanto segue (cfr. doc. 25).

Per quanto riguarda le singole attività nell'economia domestica la consulente ha fissato al pto. 5.1. ■Conduzione dell'economia domestica■ una percentuale del 5% per importanza e dello 0% di impedimenti per un'invalidità dello 0%.

Al pto. 5.2 ■Alimentazione■ è stata attribuita un'importanza del 45% con una percentuale di impedimenti del 40% e d'invalidità del 18%.

Al pto. 5.3. ■Pulizia dell'appartamento■ è stata attribuita un'importanza del 20% con una percentuale di impedimenti del 60% e d'invalidità del 12%, mentre al pto. 5.4. ■Spesa e acquisti diversi■ l'importanza è stata fissata al 10% con una percentuale di impedimenti del 20% e d'invalidità del 2%.

Infine, l'assistente sociale al pto. 5.5. ■Bucato, confezione e riparazioni di indumenti■ ha fissato un'importanza del 20% con una percentuale di impedimenti del 40% e d'invalidità dell'8%.

Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha dunque stabilito una limitazione complessiva del 40% (doc. 25).

Importanza assegnata

percentuale

degli impedimenti

percentuale di invalidità

Riordinare,spolverare,passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno,cambiare le lenzuola,effettuare pulizie approfondite, curare le piante,il giardino e le aree adiacenti,eliminare i rifiuti e cura di animali domestici

importanza assegnata

20%\*

22.5%

percentuale degli impedimenti

60%\*

59%

percentuale di invalidità

12%

13.27%

Acquisti quotidiani, spesa settimanale e posta, assicurazioni, uffici pubblici

importanza assegnata

10%\*

10%

percentuale degli impedimenti

20%\*

19.5%

Percentuale di invalidità

2%\*

1.95%

lavare, stendere e ritirare il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe

importanza assegnata

percentuale degli impedimenti

40%\*

39%

Il TCA non ha motivi per distanziarsi da tali valutazioni.

Va innanzitutto rilevato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica.

Inoltre, per quanto riguarda la valutazione operata dall'assistente sociale, giova rilevare che, posta la conformità ai succitati parametri delle percentuali di ripartizione applicate in concreto con riferimento alle singole mansioni componenti l'attività domestica, nei casi come quello in esame occorre tenere conto anche dell'obbligo dell'assicurata di ridurre il danno, ripartendo meglio il suo lavoro e ricorrendo all'aiuto dei membri della sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (DTF 133 V 504 consid. 4.2 e rinvii ivi citati). Ciò che, in casu, permette senz'altro di ritenere adeguate le percentuali d'impedimento evidenziate con riferimento alle mansioni comportanti un maggior impiego e sforzo fisico, le quali tengono giustamente conto della collaborazione del marito e della figlia.

A tal proposito va nuovamente attirata l'attenzione della ricorrente sull'obbligo per l'assicurato di diminuire il danno che scaturisce da un principio generale delle assicurazioni sociali (DTF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3). In virtù di tale obbligo anche le persone occupate nell'economia domestica devono contribuire, di loro propria iniziativa e in misura ragionevolmente esigibile, al miglioramento della loro capacità al lavoro, segnatamente ripartendo meglio le incombenze e in generale ricorrendo all'aiuto dei familiari nella misura usuale secondo le particolari circostanze (RCC 1984 p. 143 consid. 5; precitate sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00).

Alla luce delle considerazioni che precedono e tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo Tribunale ritiene corretto il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga stabilito dall'Ufficio AI sulla base dell'accertamento domiciliare e relativo complemento sopraccitati.

2.16. In queste condizioni, per il periodo da agosto 2015 (scadenza dell'anno di attesa) e fino al 31 dicembre 2017, viste le quote parti tra attività salariata (20%) e mansioni casalinghe (80%), il grado d'invalidità globale è del 32% ( $0.2 \times 0\% + 0.8 \times 40\%$ ).

Pertanto, il ricorso va respinto e la decisione impugnata confermata.

2.17. 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.

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