

TI_GERICHTE 32.2018.71 vom 27. März 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-03-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.71

FR: TI_GERICHTE 32.2018.71 du 27 mars 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.71 del 27 marzo 2018

Regeste

Rendita assegnata per tempo limitato, casalinga, metodo di valutazione misto. TCA conferma

Erwägungen

E. 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%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 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 pag. 84). 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 (DTF 129 V 222). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI, infine, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa.

2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo

l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare 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). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) 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, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla 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 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. 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. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). 2.4. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto d'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 religiosi 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 segg. (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 solo dopo 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. 2.5. 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. Un'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

E. 31

gennaio al 22 febbraio 2018 per i postumi di una “colecistite acuta litiasica su nota colecistolitiasi” (doc. AI 101). Nemmeno lo stringato scritto del dr. _____ del 10 ottobre 2017 ha evidenziato elementi nuovi rispetto alle precedenti certificazioni che erano state debitamente valutate dal _____ (cfr. in esteso al consid. 2.7; doc. AI 95). Alle conclusioni del _____, confermate anche dal SMR (doc. AI 57, 97), si deve quindi senza riserve aderire, ritenuto che le stesse non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnostiche o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Va osservato 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, ritenuto che quest'obbligo non può quindi 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. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici (magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo), quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018, consid. 2.7 con riferimenti). Alla ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4 con riferimento e 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia [anche se specialisti; cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.7; sia pure evidenziato che il TF, nella STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che “(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)”] le certificazioni dello psichiatra curante dell'insorgente non consentono pertanto di dipartirsi dalle conclusioni del _____ e del SMR che si sono espressi in modo coerente e privo di contraddizioni. Questo Tribunale ritiene pertanto che la refertazione medica agli atti

contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità lavorativa dell'assicurata e in particolare le limitazioni da osservare, sino all'emanazione del querelato provvedimento (il 27 marzo 2018, data questa che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1; 130 V 140), senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia _____ del 16 dicembre 2016 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e il complemento del 9 novembre 2017 così come gli affidabili pareri dei medici del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.8) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto prima del momento rilevante (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1) della decisione contestata, il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurata vada considerata nella sua attività lavorativa abituale inabile nella misura del 25% dal 28 gennaio 2014, del 100% dal 25 luglio 2014, del 25% dal 1. settembre 2014, del 100% dal 29 novembre 2014, del 60% dal 1. dicembre 2015, e del 30% dal 1. gennaio 2016; in attività adeguate e come casalinga le inabilità sono invece le seguenti: del 100% dal 25 luglio 2014, dello 0% dall'1 settembre 2014, del 100% dal 1. novembre 2014, del 50% dal 1. dicembre 2015, e del 20% dal 1. gennaio 2016 (doc. AI 57). Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata, segnatamente il grado d'incapacità lavorativa del 20% (flessione del rendimento) in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti a contare dal mese di gennaio del 2016, vanno quindi confermate. Sia peraltro in questa sede richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572).

2.10. Confermata la ripartizione 60% per l'attività salariata e 40% per l'attività di casalinga (cfr. consid. 2.6) e stabilito che successivamente al gennaio 2016 l'incapacità lavorativa dell'insorgente in attività adatte è del 20% (cfr. consid. 2.9), va ora esaminato se l'interessata ha diritto ad una rendita. Come già accennato in precedenza (cfr. consid. 2.5), con il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore una modifica degli art. 27 OAI e 27bis OAI. Ai sensi dell'art. 27 cpv. 1 OAI in vigore dal 1. gennaio 2018 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 di familiari. Per l'art. 27 cpv. 2 OAI per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità. Secondo l'art. 27bis cpv. 2 OAI in vigore dal 1° gennaio 2018 per determinare il grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lavorativa 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 lavorativa (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 lavorativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGa, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lavorativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lavorativa 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. Come anticipato, 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'articolo 7 capoverso 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'articolo 27bis capoversi 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 (DTF 143 V 449 consid. 3.3 con riferimenti). 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 (DTF 130 V 4 consid. 3.2; STF K 114/03 del 22 luglio 2005). 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 argomento vedi anche la STF 9C_553/2017 del 18 dicembre 2017. In concreto la richiesta di prestazioni è del marzo 2015 (cfr. consid. 1.1) e 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, considerato come le stesse siano dovute per il periodo successivo al 1. settembre 2015 (ovvero dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurata ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA ex art. 29 cpv. 1 LAI). Le nuove norme andrebbero in teoria applicate unicamente qualora fosse riconosciuto il diritto a prestazioni per il periodo successivo dal 1° gennaio 2018, giacché in tal caso lo stesso andrebbe rivalutato in base al nuovo modello di calcolo (cfr. anche al consid. 2.6; per un caso in cui questo Tribunale ha già proceduto in questo senso vedi la STCA 32.2018.42 dell'8 ottobre 2018; cfr. anche la STCA 32.2018.29 del 7 febbraio 2019). 2.11. Per quel che concerne l'aspetto economico, per determinare il grado di invalidità l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2). Il calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. Nella fattispecie risulta unicamente contestato il periodo successivo al 1. gennaio 2016, momento a partire dal quale l'amministrazione ha, come detto, ammesso un miglioramento delle condizioni dell'assicurata con un grado di inabilità in attività adeguate del 20% e un conseguente grado di invalidità per la parte salariata del 10% (cfr. consid. 2.1). 2.11.1. Secondo la giurisprudenza riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28

novembre 2013, 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 e/o al momento della sua modifica), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. 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 adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Nel caso in esame, dopo aver contattato l'ultimo datore di lavoro (doc. AI 62), l'amministrazione ha stabilito che l'assicurata, nella sua abituale professione, avrebbe potuto conseguire nel 2015 fr. 25'657 (fr. 27'552.- nel 2016), lavorando al 60%. L'Ufficio AI ha quindi applicato tale importo quale reddito da valido . Tale modo di procedere, rimasto del resto incontestato, è corretto. 2.11.2. 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 un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). 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 (DTF 126 V 76; SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda

fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). In concreto, in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e meglio sull'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente la tabella TA1 2014_tirage_skill_level Rami economici (NOGA08), denominata "Salario mensile lordo (valore centrale) secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso" (DTF 142 V 178). Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il salario lordo mediamente percepito nel 2015 dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 52'139.-- (4'344 x 12 mesi), che, aggiornato al 2016 e adattato al tempo lavorativo di 41,7 ore, dà un reddito di fr. 54'355 (cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2017, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; STF 8C_671/ 2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Inoltre, in applicazione della succitata giurisprudenza che consente una riduzione percentuale sul salario teorico statistico per tener conto delle eventuali particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc), l'Ufficio AI ha proceduto ad una riduzione del 5% (doc. AI 63) per tener conto della necessità di svolgere attività leggere. Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71 con la quale la massima Corte ha precisato che in quest'ambito il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione; cfr. anche DTF 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 5%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata, e non può di conseguenza ammettere una decurtazione maggiore. La deduzione ammessa tiene del resto adeguatamente conto del fatto che le limitazioni fisiche da osservare non siano oltremodo gravose e che la limitazione sia peraltro da ricondurre ad una riduzione del rendimento. Del resto l'assicurata non ha addotto motivi pertinenti che permettano a questo Tribunale di sostituire il suo apprezzamento, segnatamente altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico da invalida, rilevato come a ragione l'amministrazione abbia osservato che la mancanza di formazione e le scarse conoscenze linguistiche non costituiscono fattori di riduzione (cfr. DTF 137 V 73 consid. 5.2). 2.11.3. Ne segue che per il periodo successivo al 1. gennaio 2016, applicando le

norme in vigore fino al 31 dicembre 2017, raffrontando il reddito da valida al 60% di fr. 27'552 con quello da invalida di fr. 24'786 [fr. 54'355 ridotti alla quota salariata del 60%, del 5% (fattori di riduzione) e del 20% (incapacità lavorativa; cfr. consid. 2.10], l'amministrazione ha concluso per un grado d'invalidità del 10%. Ora, questo TCA non può confermare tale modalità di calcolo nella misura in cui per la definizione del reddito da invalida per tale periodo l'amministrazione ha già proceduto alla ripartizione della quota parte di salariata. Essa avrebbe invece dovuto prendere in considerazione il reddito statistico al 100%, riducendolo sulla base dell'esigibilità medico-teorica e di eventuali altre riduzioni. Solo successivamente, cioè al momento del calcolo dell'invalidità globale, si deve in effetti di principio tener conto della quota parte relativa all'attività salariata (cfr. a tal riguardo la STCA 32.2018.163 consid. 2.11 e 32.2014.66 del 24 marzo 2015 consid. 2.12.2 pag. 28). Tuttavia, come si vedrà, tale modo di procedere non modifica l'esito della vertenza (cfr. al consid. 2.13). In tale evenienza, sempre per il periodo dal 1 gennaio 2016, raffrontando il reddito da valida al 60% di fr. 27'552.-- con quello da invalida di fr. 41'310.-- (fr. 54'355 - 20% - 5%) si ottiene un grado d'invalidità nullo. Sia di transenna osservato che anche il calcolo relativo al periodo precedente, ossia da gennaio 2015 (scadenza dell'anno di attesa), così come esposto (grado complessivo di invalidità del 67.6% arrotondato al 68%; cfr. nella decisione contestata e sopra al consid. 2.7), andrebbe di per sé rivisto secondo il citato procedere corretto, computando cioè nel calcolo del grado di invalidità per la parte salariata il reddito statistico al 100% e apportandovi unicamente la riduzione relativa all'esigibilità medico-teorica e quella percentuale per tener conto delle eventuali particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Considerato comunque come l'assicurata abbia diritto al versamento della rendita solo a far tempo dal settembre 2015 in applicazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI (vale a dire dopo sei mesi dalla domanda di prestazioni), e che in questo momento la medesima fosse beneficiaria di una rendita intera riconosciuta dall'aprile 2015 per un grado d'invalidità del 100% (totale inabilità sia nell'attività salariata che in quella casalinga; cfr. la decisione impugnata e sopra al consid. 2.7), una correzione del calcolo non avrebbe in tutta evidenza alcuna rilevanza pratica. D'altra parte, nella risposta di causa l'Ufficio AI ha fatto rilevare che volendo, per pura ipotesi di lavoro, applicare le nuove norme in vigore dal 1. gennaio 2018, per quanto riguarda il grado di invalidità per la parte salariata si otterrebbe un grado del 46%. Allo stesso si pervenirebbe in effetti raffrontando un reddito da valida al 100% di fr. 45'920 (ottenuto convertendo al 100% il salario di fr. 27'552 definito per il 2016 per un pensum al 60%) al guadagno da invalida di fr. 24'786 (sempre dopo aggiornamento al 2016), tenendo conto sia della capacità lavorativa dell'80% che dei fattori di riduzione. Come vedremo in seguito (cfr. consid. 2.13), anche in questa ipotesi tuttavia l'esito della lite non muterebbe.

2.12. Per quanto concerne l'attività di casalinga, come è stato esposto 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 (cfr. consid. 2.4). In concreto, l'assistente sociale, stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alle direttive CIGI (attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali dell'assicurata nell'ambito dell'economia domestica) e fissati gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 13 marzo 2017 ha stabilito una limitazione complessiva del 23%. Tali risultanze sono rimaste incontestate. Questo TCA non ha nulla da eccepire sull'operato dell'incaricata dell'inchiesta, né vi è motivo per intervenire in merito alla sua

valutazione. 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). Va qui ricordato che nella DTF 133 V 504 il TF ha rammentato che se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Questo concetto è stato ancora di ribadito nelle STF 9C_568/2017 dell'11 gennaio 2018 e 9C_701/2016 del 1° marzo 2017. Tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno e di reciproca (e accresciuta: DTF 130 V 97 consid. 3.3.3) assistenza familiare e ribadito 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, la valutazione di cui al rapporto del 13 marzo 2017 deve, dunque, essere confermata. 2.13. In queste condizioni, in corretta applicazione del metodo misto (cfr. consid. 2.11.3), per il periodo da gennaio 2016, viste le quote parti tra attività salariata (60%) e mansioni casalinghe (40%), tenuto conto di un'invalidità quale salariata dello 0% (capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate; cfr. al consid. 2.11.3) ed una limitazione del 23% quale casalinga, il grado d'invalidità globale è del 9% ($40 \times 23\% + 60 \times 0\%$). Come anticipato e come osservato dall'amministrazione, anche volendo, per pura ipotesi di lavoro, procedere al calcolo secondo la normativa applicabile dal 1. gennaio 2018, il grado d'invalidità risulterebbe maggiore, ma comunque non sufficiente per l'erogazione di una rendita oltre il 31 marzo 2016. Anche in questa ipotesi infatti, considerando un grado di invalidità come salariata del 46% (cfr. consid. 2.11.3) e come casalinga del 23%, si otterrebbe un grado complessivo del 37%, comunque insufficiente per la concessione di una prestazione oltre il 31 marzo 2016. Considerate quindi le accertate inabilità in un'attività adeguata del 100% dal 28 gennaio al 24 luglio 2014 e dal 1. novembre 2014 al 30 novembre 2015, del 50% dal 1. dicembre 2015 e dal 1. gennaio 2016 del 20% con un conseguente grado di invalidità del 9%, l'amministrazione ha riconosciuto il diritto a tre quarti di rendita (grado di invalidità del 68%) dal 1. gennaio 2015 (ovvero allo scadere dell'anno d'attesa dall'inizio della malattia giusta l'art. 28, cpv. 1 lett. b e c LAI) al 30 marzo 2015 e dal 1. aprile 2015 a una rendita intera (grado di invalidità del 100%). Tuttavia, in applicazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI - per il quale "il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA" - il versamento della rendita decorre solo dopo sei mesi dalla domanda di prestazioni e, quindi, stante la domanda del marzo 2015, dal settembre 2015. Considerato inoltre come dal gennaio 2016, a seguito dell'accertato miglioramento delle condizioni con un'inabilità lavorativa in attività adeguate del 20%, il grado d'invalidità sia del 9%, con decadenza del diritto alla rendita in assenza di un grado di invalidità sufficiente, a ragione l'amministrazione ha soppresso il diritto alla prestazione a far tempo dal 1. aprile 2016, ovvero dopo tre mesi dal miglioramento dello stato clinico (art. 88a, cpv. 1 OAI). Ne

consegue che la decisione impugnata merita sostanziale conferma, mentre il ricorso va respinto. All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in +futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.14. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico della ricorrente.

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