

## **TI\_GERICHTE 32.2018.8 vom 27. November 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-11-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.8)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.8 du 27 novembre 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.8 del 27 novembre 2017

### **Regeste**

Domanda di rendita di un medico indipendente respinta dall'UAI. Non potendo confermare il reddito da valido (definito tramite un'inchiesta economica) e tantomeno il reddito da invalido, il TCA ha applicato il raffronto percentuale dei redditi con conseguente diritto ad una mezza rendita

### **Erwägungen**

#### **E. 46**

). 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 LPGGA, 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 LPGGA 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%. 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) 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., p. 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 ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. Nella presente fattispecie, l'assicurata è stata peritata per conto del CPAS dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ . Nel rapporto 30 marzo 2016 la succitata specialista in psichiatria e psicoterapia, accertata una problematica extra-somatica di lunga durata iniziata già nel 1995 (cfr. pag. 142 inc. AI), posta la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di media gravità (ICD 10 F 33.1) e di disturbo di personalità misto (ICD 10 F 61) tratti istrionici/dipendenti/ossessivi, ha concluso come segue: " Per quanto finora argomentato, per quanto emerso dall'esame della documentazione, anamnesi, dalla descrizione della giornata, dall'esame clinico effettuato secondo vocabolario AMDP System, dalla descrizione dei limiti e delle risorse secondo schema MINI ICF APP e dalle dichiarazioni soggettive si conclude che l'assicurata è stata inabile nell'attività di medico indipendente nella misura del 50% dal 01.01.2014 momento in cui ha dimezzato autonomamente gli orari di lavoro. Come casalinga abile all'80%. Al momento dell'attuale perizia è inabile al lavoro in ogni attività nella misura del 50% (tempo), per la diagnosi di disturbo depressivo ricorrente, attuale episodio di media gravità, disturbo di personalità misto. In attività di casalinga abile all'80%. E' indicato il proseguo della terapia psichiatrica sia in termini di monitoraggio clinico che di trattamento medicamentoso con una rivalutazione di opzioni di cura come suggerito in modo dettagliato nella discussione. Attualmente non indicata una misura MRE. E' possibile ipotizzare che un trattamento psichiatrico adeguato, monitorato nel tempo e continuativo possa migliorare non più del 10% l'abilità lavorativa (tempo) nell'arco di 12-24 mesi." (pag. 147 inc. AI)

L'assicurata, senza tuttavia contestare la succitata conclusione, rileva che dalla perizia 22 dicembre 2010 del dr. med. \_\_\_\_\_, ordinata dalla cassa malati \_\_\_\_\_, era stata valutata un'inabilità lavorativa del 50% inteso quale rendimento ridotto (pagg. 249 ss doc. AI, citata anche nella perizia CPAS pag. 140 inc. AI). A tal proposito la perita del CPAS ha rimarcato che "... L'attività svolta fino al 2014 come medico generalista in studio privato era caratterizzata da un ritmo di lavoro molto intenso, quotidiano, e con numerose responsabilità sia in termini personali che in termini burocratici, e nel tempo il carico di lavoro è andato gradualmente aumentando. (...)" (pag. 145 inc. AI), motivo per cui col tempo l'assicurata deve aver ripreso un pensus lavorativo pieno, dimezzato dal 1° gennaio 2014 a seguito del peggioramento dello stato depressivo. Pertanto, riguardo alla valutazione del CPAS, frutto di un'accurata perizia psichiatrica, non vi sono motivi per metterne in dubbio la validità, né del resto – come detto – parte ricorrente non ha sollevato alcuna contestazione a riguardo.

2.4. Occorre ora determinare il grado d'invalidità, questione controversa, presente al 2015, ossia un anno dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa del 50% risalente al 1° gennaio 2014. L'Ufficio AI ha applicato il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2).

2.4.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_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), 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 (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di familiari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003 nella causa W., inc. 32.2002.154, del 27 ottobre 2003 nella causa C., inc. 32.2003.15). Nel caso in esame, mediante la prima inchiesta economica (datata 1° febbraio 2017) l'ispettore dell'AI aveva fissato il reddito da valida prendendo in considerazione il dato fiscale relativo al 2011, che aggiornato al 2015 è stato stabilito in fr. 146'265.-- lordi (pag. 226 inc. AI). Tale importo è stato utilizzato nel progetto di decisione del 3 aprile 2017 con il quale l'amministrazione ha respinto la domanda di rendita (doc. 29 inc. AI). Con osservazioni 22 maggio 2017 al succitato progetto di decisione, l'assicurata ha sostanzialmente fatto presente come il reddito fiscale non sia da ritenere come valida base di determinazione del reddito senza invalidità, in particolare per la problematica psichiatrica già presente prima dell'apertura dell'attuale studio medico (1995) che l'ha costretta ad abbandonare la specializzazione in chirurgia inizialmente intrapresa, compromettendo inoltre la sua attività professionale di medico di famiglia. Ha pertanto chiesto di rivedere il calcolo del grado d'invalidità nel senso che il reddito da valido sia accertato tramite un rilevamento economico oppure mediante l'applicazione del metodo straordinario del confronto dei campi di attività (doc. 41 inc. AI). Ora, il SMR ha riconosciuto come la problematica depressiva sia stata d'impedimento per l'evoluzione della professione

dell'assicurata quale medico di famiglia (ma non la causa dell'abbandono della specializzazione). Nelle annotazioni 19 giugno 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria presso il SMR, ha rilevato: " E' assodato che il primo episodio depressivo significativo sia avvenuto verosimilmente nel 1990-1991, e che le successive ricadute hanno limitato l'assicurata nella sua caricabilità di medico generalista, nonostante la collega si sia impegnata nel mantenersi attiva professionalmente, anche con attività a coté quale, a mia conoscenza, quella di medico competente per il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. È verosimile che, in assenza del danno alla salute psichico, la collega avrebbe potuto sopportare un carico di lavoro maggiore come medico di famiglia. Riguardo ad un'eventuale non ottenimento di una specializzazione, in particolare mi riferisco alla disdetta menzionata dal chirurgo Dr. \_\_\_\_\_ il 03.09.90, non ho elementi sufficienti per una presa di posizione assolutamente oggettiva. Infatti, se l'elemento psicopatologico è noto, vi sono fattori esogeni che possono influenzare qualsiasi carriera professionale accademica, logistici, sociali, famigliari etc. in conseguenza dei quali, anche in assenza di un danno alla salute di qualsiasi natura, l'obiettivo finale non è raggiunto. In conclusione, il danno psichico ha verosimilmente impedito all'assicurata di evolvere come medico di famiglia, mentre altri fattori non medici avrebbero potuto influenzare l'ottenimento di un'eventuale specializzazione in chirurgia o altro, come avviene in qualunque carriera specialistica in qualsiasi campo." (pag. 356 inc. AI) Va qui fatto presente che, invece, nella perizia del CPAS risulta " che la malattia sembra aver impedito di portare la specializzazione come chirurgo nel 1990 a \_\_\_\_\_" (pag. 142 inc. AI) e nella lettera 3 settembre 1990 il citato chirurgo dr. med. \_\_\_\_\_, appreso della disdetta un mese prima del termine contrattuale di formazione, aveva espresso il suo personale dispiacimento " per la decisione da lei presa nonché per i suoi problemi" (sottolineatura del redattore; pag. 318 inc. AI). Determinante è tuttavia che l'ispettore, riconosciuta la non rappresentatività dei dati fiscali per determinare il reddito da valida, abbia quantificato il reddito da indipendente senza il danno alla salute espletando un rilevamento fiscale conformemente a quanto disposto dal marg. no. 3030 CIGI (Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità) dal seguente tenore: " Si tiene conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività dell'assicurato, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. Il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può però essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40)." (Sottolineatura del redattore) Sulla modalità di allestimento del rilevamento economico, risultante dalle tabelle di cui alle pagg. 375 e 376 inc. AI, con annotazioni del 13 settembre 2017 l'ispettore AI ha spiegato: " (...) A tal proposito abbiamo svolto una ricerca per determinare il reddito ipotetico senza invalidità dell'assicurata. I criteri di ricerca si sono basati su studi medici piccoli della zona luganese, considerando redditi da attività indipendente e anche accessoria (aiuto croce verde, case per anziani, etc.) in modo da essere più realistici possibili. Inoltre il tutto è stato considerato su un arco temporale che va dal 2010 al 2016. I medici generalisti considerati nell'analisi sono 18 in totale. Il reddito considerato è stato quello netto fiscale, e alla media che ne è scaturita è stata aggiunta la quota parte dei contributi secondo la tabella UFAS delle tavole scalari dei contributi. Il reddito rappresentativo risulta essere pari a fr. 197'062.-- lordi. " (pag. 358 inc. AI) Tale risultato è stato contestato dall'assicurata nelle osservazioni 20 novembre 2017 al progetto di decisione del 18 ottobre 2017 (doc. 65 inc. AI). In merito all'inchiesta

l'assicurata sostiene, a ragione, come il criterio di similitudine di cui al marg. 3030 CIGI non è dato. Infatti, nelle succitate osservazioni l'assicurata ha rilevato come 8 dei 18 studi medici esaminati non presentavano dati fiscali completi nell'arco di tempo considerato, inoltre tre medici avevano verosimilmente da poco iniziato l'attività, in un altro caso il reddito principale era costituito da attività dipendente e non indipendente. Con annotazioni del 23 novembre 2017 l'ispettore ha confermato l'inchiesta, non prendendo tuttavia posizione sulle singole censure mosse dall'assicurata (doc. 66 inc. AI). In merito alla fondatezza dei dati fiscali utilizzati dall'ispettore, con e-mail del 4 dicembre 2017 l'assicurata ha chiesto: "(...) Per poter meglio esaminare la posizione della nostra mandante vi chiediamo di trasmetterci gli atti componenti l'incarto dal 23 ottobre 2017 al oggi. Considerato il fatto che si tratta di valutare un eventuale ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni contro la decisione citata, chiediamo in riguardo all'inchiesta economica condotta presso 18 studi medici che ci venga trasmessa una copia completa di tutti gli atti del Servizio Ispettorato a decorrere dal 2 maggio 2017. In particolare necessitiamo copia della valutazione dei criteri sui quali si è fondata l'indagine, copia della valutazione di quali studi corrispondano ai criteri scelti, copia delle richieste relative ai dati fiscali indirizzate a tutti gli studi medici coinvolti e copia delle risposte ricevute (utilizzate per elaborare la tabella). Tale richiesta è più che mai giustificata considerato il fatto che il Servizio Ispettorato ha definito congetture la nostra richiesta di togliere dalla tabella i dati fiscali relativi a quegli studi medici che non hanno fornito o non dispongono dei dati fiscali per gli anni considerati (arco temporale che va dal 2010 al 2016)." (pag. 402 inc. AI) Il giorno seguente, l'ispettore ha risposto: "I criteri scelti per svolgere l'indagine sono quelli estrapolati dagli scritti e dossier e dalle informazioni fornite dall'assicurata. Nello specifico precisiamo di aver scelto studi medici della zona luganese e della stessa ampiezza di quello condotto dall'assicurata. Per estrapolare i dati che sono serviti alla definizione del reddito ci siamo avvalsi di un sistema informatico e della relativa banca dati in nostro possesso. Non abbiamo quindi richiesto informazioni direttamente agli studi medici considerati nella statistica svolta e di conseguenza non abbiamo ricevuto alcuna risposta dagli stessi. Non siamo quindi in possesso di ulteriori dati o documenti da fornirne se non quelli già forniti in precedenza." (pag. 401 inc. AI) Ora, a prescindere dalla richiesta ricorsuale di verifica giudiziaria della correttezza del rilevamento fiscale e - se del caso - di ordinarne uno nuovo, questa Corte condivide le suelencate criticità sollevate in merito alla validità e rappresentatività dei redditi presi in considerazione dall'ispettore. Certo, a sostegno dell'affidabilità del rilevamento economico nelle osservazioni 13 marzo 2018 l'Ufficio AI ha fatto presente che il reddito da valida di fr. 197'062.-- si discosta poco da quello di fr. 197'500.-- indicato dall'assicurata nello scritto 22 maggio 2017 (per contestare il reddito da valida di fr. 146'265.-- definito nel progetto di decisione del 3 aprile 2017; pag. 275 inc. AI) e riferito al reddito medio risultante da uno studio dell'Associazione professionale del corpo medico FMH pubblicato nel Bollettino dei medici svizzeri del 2012. Benché lo scarto sia minimo, va comunque rilevato che l'inchiesta dell'AI comprende redditi successivi al 2009, anno di riferimento del succitato studio. Visto quanto sopra, questo TCA non può confermare il reddito da valida stabilito nella decisione contestata. 2.4.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, secondo giurisprudenza, 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). ... , Ritornando al caso in esame, tenuto conto che dal 2014 l'assicurata ha ridotto la sua attività indipendente di medico, l'ispettore ha preso i dati fiscali del 2015 pari a fr. 127'252.--. Tale dato è stato parimenti oggetto di critiche, così riassunte in sede di ricorso: " (...) E' incontestato che la riduzione della capacità lavorativa per malattia del 50% ha obbligato l'assicurata a dimezzare gli orari di apertura dello studio a decorrere dal primo gennaio 2014. Il perdurare di questa incapacità, peggiorata durante l'autunno del 2016 causando una chiusura totale dello studio dal 22 dicembre 2016 fino alla lenta ripresa di febbraio 2017 (come emerge dallo scritto della curante dr.ssa med. Isoldi del 13 gennaio 2017 indirizzato all'Ufficio AI e dal rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente del 15 febbraio 2017), ha logicamente inciso sull'andamento economico dell'attività anche nel 2016 e nel 2017, accusando tra l'altro la perdita di numerosi pazienti e la mancata acquisizione di nuovi pazienti (vedi nell'incarto AI qui richiamato le 7 attestazioni di ritiro di cartelle da parte di pazienti dal dicembre 2016 all'aprile 2017, allegate alle osservazioni del 22 maggio 2017, e le 11 attestazioni di ritiro di cartelle da parte di pazienti dal maggio a dicembre 2017, all. 5). Con le osservazioni del 20 novembre 2017 è stata inoltrata copia della Dichiarazione delle imposte delle persone fisiche 2016 dell'assicurata corredata da copia del conto annuale dello studio medico elaborati dalla \_\_\_\_\_. Si deduce un risultato aziendale di CHF 77'887.-, nettamente inferiore rispetto a quello del 2015 di CHF 116'000.- (vedi punto 7 del rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente del 15 febbraio 2017). (...)" (doc. I pag. 11) Nelle già citate annotazioni del 23 novembre 2017, riportate nella decisione contestata, l'ispettore AI ha così argomentato: " (...) Riguardo, in seconda istanza, alla valutazione della perdita relativa al 2016, come suggerito dal rappresentante legale, tale valutazione non può in alcun modo essere considerata, dato che, come dichiarato in sede l'inchiesta dall'assicurata, durante il 2016 "ha preso più tempo per se stessa"; riprendo brevemente quanto indicato nel rapporto di inchiesta del 15.03.2017: Nel 2015 ha lavorato in maniera ridotta perchè a casa loro avevano il padre del marito che era malato e se ne è occupata tralasciando in parte lo studio. Mentre nel 2016 ha lavorato meno perchè si è presa più tempo libero per sé stessa. Infine la Sig.ra ha ancora i 2 genitori che vivono nel locarnese e sono indipendenti, tuttavia l'assicurata vi si reca almeno 2 volte la settimana a trovarli o ad aiutarli per le spese correnti. Alla fine dell'anno l'assicurata ha addirittura chiuso lo studio per l'assenza della dipendente, pertanto per ragioni che esulano completamente dal danno alla salute. È evidente che i fattori testé considerati hanno concorso a inficiare il risultato aziendale." (pag. 392-393 inc. AI) Ora, va puntualizzato, come rettamente rilevato in sede di ricorso, che prima del succitato passaggio tratto dal rapporto d'inchiesta del 15 marzo 2017 l'ispettore aveva riportato: " (...) In sede d'inchiesta l'assicurata dichiara di non avere più interesse per i propri pazienti, si sente sfiduciata e che il lavoro le risulta un tormento. Le problematiche, continua, si concentrano in più fattori. Innanzitutto la sig.ra con cui collaborava da anni ha concluso l'attività per maternità (nov. 2016) e da lì ha provato a trovare delle sostitute ma senza successo. Ciò, prosegue la Sig.ra RI 1, l'ha portata ad uno stato di ansia tale da decidere di chiudere lo studio, almeno temporaneamente. Le difficoltà vengono descritte perlopiù a livello organizzativo, in effetti ci dice come lei abbia molte

difficoltà in tale ambito e non avendo un supporto valido si senta molto insicura di sé. Proseguendo viene inoltre indicato come la sua attuale psichiatra le ha proposto un soggiorno in una clinica per poter recuperare serenità, lucidità ed energie, tuttavia l'assicurata non sa cosa fare perché ha il fardello dello studio sulla testa che ci dice ha un costo ed è tutta la sua vita, sia perché vi ha fatto investimenti notevoli per avviarlo, ed in secondo luogo perché le piace ciò che fa, tuttavia senza la serenità per poter lavorare in modo tranquillo ed organizzato va in crisi. (...)” (sottolineatura del redattore; pag. 223 inc. AI) La riduzione del reddito nel 2015 è dunque dovuta anche a motivi di salute, in particolare alla sintomatologia depressiva. Ciò vale pure per il 2016, tant'è che, come riportato sopra, a seguito della partenza per maternità di una collaboratrice, situazione che le ha causato uno stato d'ansia, l'assicurata ha dovuto a fine di quell'anno chiudere temporaneamente lo studio medico, con perdita di pazienti e mancata acquisizione di nuovi. È pertanto innegabile che ci troviamo in presenza di una fluttuazione dei redditi fortemente legata alle condizioni di salute. In queste circostanze, vista la fluttuazione dei redditi, semmai andava presa in considerazione la media di almeno tre redditi successivi alla riduzione dell'attività a metà tempo. Questo in analogia alla giurisprudenza che, ai fini della determinazione del reddito da valido di un indipendente, ritiene adeguato tener conto della media dei redditi percepiti negli ultimi tre esercizi prima del danno alla salute ( AJP 1999 p. 484 e confermata in STFA I 686/03 del 29 ottobre 2004; cfr anche 8C\_611/2007 del 23 aprile 2008; cfr fra le tante, STCA 32.2016.145 del 6 giugno 2017 consid. 2.12.2 e 32.2015.29 del 30 novembre 2015 consid. 2.7.1). 2.4.3. Ritenuto che il danno alla salute ha verosimilmente impedito l'evoluzione del reddito dell'assicurata come medico di famiglia, che di conseguenza non si è potuto fare riferimento alla contabilità per definire il reddito da valida, che il successivo rilevamento fiscale/economico presenta della criticità, che il reddito da invalida subisce delle sostanziali variazioni, non disponendo dunque di dati economici rappresentativi, questo Tribunale ritiene che vada applicato il metodo del raffronto percentuale dei redditi per determinare il grado d'invalidità. Infatti, secondo la giurisprudenza riassunta nella STF 9C\_627/2017 dell'11 dicembre 2017: " Nel caso di assicurati esercitanti un'attività lucrativa, il grado d'invalidità dev'essere determinato sulla base di un raffronto dei redditi ( art. 16 LPGA , art. 28a cpv. 1 LAI ; cfr. DTF 137 V 334 consid. 3.1.1 pag. 337). Di regola questo metodo di calcolo si effettua nel caso in cui i due redditi ipotetici possono essere determinati numericamente in modo preciso. Il grado d'invalidità può essere eccezionalmente determinato con confronto percentuale ("Prozentvergleich"; sul tema cfr. DTF 114 V 310 consid. 3 c pag. 314 seg. e in particolare 104 V 135 consid. 2b pag. 137). Questo metodo costituisce una variante ammissibile del raffronto dei redditi basato su dati statistici: il reddito da valido è preso in considerazione nella misura del 100%, mentre il reddito da invalido è valutato tenendo conto dell'incapacità lavorativa e la differenza percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cfr. sentenza 9C\_526/2017 del 14 novembre 2017 consid. 5.3). Il grado d'invalidità è da determinare per mezzo di un confronto percentuale, quando i redditi senza e con impedimento (reddito da valido e da invalido) non si lasciano determinare in modo sufficientemente preciso o solo con un onere eccessivamente sproporzionato e inoltre, in quest'ultimo caso, si può ritenere che il raffronto del reddito ipotetico valutato in termini percentuali in considerazione delle circostanze note valutate nel caso di specie, dia un risultato sufficientemente affidabile (cfr. sentenze 9C\_804/2016 del 10 aprile 2017 consid. 2.2 e 9C\_882/2010 del 25 gennaio 2011 consid. 7.1).” In tale contesto cfr. anche STF 9C\_804/206 del 10 aprile 2017 in cui, non potendo definire con affidabilità il reddito da invalido e viste inoltre le oscillazioni di tale

reddito, il grado d'invalidità di un avvocato indipendente è stato definito sulla base del raffronto percentuale. A mente del TCA, non vi sono le condizioni per determinare l'invalidità mediante il cosiddetto metodo straordinario da applicare, secondo giurisprudenza, alle persone con attività lucrativa indipendente nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto dei redditi non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004, consid. 4.3 e I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b; Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 324). Trattasi di un metodo basato sul confronto delle attività prima e dopo il danno alla salute in cui si deve determinare il grado d'invalidità in funzione delle ripercussioni finanziarie concrete dovute agli impedimenti fisici sulle diverse attività svolte (cfr. sentenza 9C\_731/2007 del 20 agosto 2008 consid. 5.1 citata in 9C\_536/2017 del 14 marzo 2018 consid. 5.1). Dal momento che, come visto, nel caso in esame l'attività indipendente svolta dall'assicurata è stata sin dall'inizio condizionata dalla sua problematica depressiva (cfr. le citate annotazioni 19 giugno 2017 del SMR al consid. 2.4.1), non è possibile fare un confronto delle singole attività componenti la professione di medico prima o dopo il danno alla salute. In conclusione, in applicazione del metodo del raffronto percentuale dei redditi, ritenuto che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 50% dal 1° gennaio 2014, visto che può mettere a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa unicamente nell'abituale professione di medico indipendente, essa ha diritto ad una mezza rendita dal 1° marzo 2016, ossia sei mesi dopo la presentazione della domanda di rendita ai sensi dell'art. 29 cpv.1 LAI. Visto tutto quanto precede, in accoglimento del ricorso, l'assicurata ha diritto ad una mezza rendita dal 1° marzo 2016. 2.5. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 2, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. DTF 126 V 11 consid. 2 e STF K 63/06 del 5 settembre 2007). 2.6. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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