

TI_GERICHTE 32.2019.6 vom 19. November 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-11-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.6

FR: TI_GERICHTE 32.2019.6 du 19 novembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.6 del 19 novembre 2018

Erwägungen

E. 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 e 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.

2.3. 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 questa 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 allorquando 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 d'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 in quest'ocaso 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 sull'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. 2.8.).

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. ()■.

2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, p. 379).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137).

2.5. Va ancora rilevato che con sentenza 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6).

In una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in

maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid.

E. 3.5

pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2).

2.6. Nella fattispecie in esame, l'amministrazione, così come già avvenuto nella precedente decisione del 22 gennaio 2013 cresciuta incontestata in giudicato (cfr. doc. 127), in applicazione del metodo misto, ha considerato l'assicurata salariata all'80% e casalinga al 20%.

2.7. Per quanto concerne l'aspetto medico, nella precedente decisione del 22 gennaio 2013, cresciuta incontestata in giudicato, l'assicurata è stata posta al beneficio di una rendita intera di invalidità dal 1° dicembre 2007, poi ridotta ad una mezza rendita di invalidità dal 1° agosto 2008 (cfr. doc. 127), ritenuta un'esigibilità lavorativa del 50% nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, come valutato dai periti del _____ nella perizia pluridisciplinare del 3 settembre 2012 (cfr.doc. 116).

Al fine di verificare l'evoluzione dello stato di salute, l'Ufficio AI, in sede di revisione, ha ordinato una nuova valutazione peritale pluridisciplinare _____.

Dal referto peritale del 5 dicembre 2017 risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: neurologica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), psichiatrica (dr. _____) e oncologica (dr. _____).

Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro di accertamento, i periti del _____ hanno riscontrato, dal profilo neurologico-reumatologico-psichiatrico, l'esistenza di una situazione invariata rispetto alla precedente valutazione peritale pluridisciplinare del _____ del 2012, mentre hanno potuto constatare un peggioramento transitorio con riferimento alla patologia oncologica, comprendente il periodo da febbraio a giugno 2016 (corrispondente alla fase post-operatoria e di sottoposizione a radioterapia) (cfr. doc. 171, corsivo della redattrice).

In sede di osservazioni contro il progetto di assegnazione di una rendita intera limitatamente al periodo compreso fra il 1° maggio 2016 e il 30 settembre 2016, poi nuovamente ridotta a mezza rendita dal 1° ottobre 2016 (cfr. doc. 186), l'avv. RA 1 ha fatto valere un peggioramento dello stato di salute dell'interessata, comprovato da alcuni referti medici e da uno scritto dell'assicurata stessa.

Il dr. _____, con referto del 5 ottobre 2018, ha certificato un peggioramento della problematica all'arto superiore destro dovuto ad una frattura del radio distale destro extraarticolare dislocata che ha necessitato di riduzione ed osteosintesi (31.8.2018) (cfr. certificato medico allegato al doc. 189).

L'intervento in questione è stato comprovato attraverso il referto del 18 settembre 2018 dell'Ospedale _____ di _____, dove l'assicurata è rimasta degente dal 31 agosto 2018 al 2 settembre 2018, dal quale risulta che in data 31 agosto 2018 l'interessata è stata sottoposta a riduzione e osteosintesi del radio distale destro (cfr. referto allegato al

doc. 189).

Esprimendosi a proposito del peggioramento fatto valere dall'assicurata, il dr. _____ del SMR, nelle annotazioni del 18 ottobre 2018, ha rilevato:

Ciò non è avvenuto neppure in corso di causa, malgrado nel ricorso sia stato indicato che l'assicurata era in attesa di ricevere ulteriore documentazione medica atta a suffragare le proprie condizioni di salute (doc. I).

Nonostante tali indicazioni, l'interessata non ha poi trasmesso a questo Tribunale ulteriore documentazione medica.

Ella ha, invece, inviato all'Ufficio AI (il quale a sua volta si è premurato di trasmetterlo al TCA, cfr. doc. VIII/3) uno scritto, datato 29 gennaio 2019, nel quale ha indicato quale oggetto l'aggiornamento sugli interventi chirurgici, del seguente tenore:

2.7.2. 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 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i _____ nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3).

Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid.3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti).

Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover

soportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti).

Quanto al solo asserito peggioramento delle proprie condizioni di salute, fatto valere dall'assicurata nello scritto del 23 gennaio 2019 (cfr. doc. VIII/2), questo Tribunale rileva che - al di là del fatto che non è stato comprovato da adeguata refertazione medico-specialistica a supporto di quanto comunicato, in contrasto con il dovere processuale di collaborazione delle parti - si tratta, in ogni caso, di aspetti medici successivi al momento di emanazione della decisione qui impugnata (del 19 novembre 2018) e che dovranno quindi, se del caso, essere fatti valere nell'ambito di una nuova procedura di revisione del diritto a prestazioni.

2.8. Stante la situazione invariata rispetto alla precedente perizia _____ del 2012 - fatta eccezione per il periodo compreso fra il mese di febbraio 2016 e il mese di giugno 2016 di totale inabilità lavorativa anche in attività adeguate, con conseguente diritto ad una rendita intera di invalidità - e confermata la ripartizione 80% per l'attività salariata e 20% per l'attività di casalinga, va conseguentemente pure confermato il diritto per l'assicurata di continuare a beneficiare, dopo un temporaneo aumento ad una rendita intera dal 1° maggio 2016 (tre mesi dopo il peggioramento) al 30 settembre 2016 (tre mesi dopo il constatato miglioramento), di una mezza rendita di invalidità, come prima del peggioramento intervenuto a seguito della malattia oncologica.

A fronte, infatti, di una identica situazione valetudinaria (con la sola eccezione di cui si è ampiamente riferito) rispetto a quella presente al momento della precedente decisione del 22 gennaio 2013, cresciuta incontestata in giudicato, non vi è ragione per giungere (dopo il riconoscimento di una rendita intera di invalidità limitata dal 1° maggio 2016 al 30 settembre 2016) ad un diverso risultato in merito al grado di invalidità della stessa (cfr. consid. 2.5.), come vorrebbe invece il patrocinatore dell'assicurata.

Anche tenendo conto di un reddito da valido al 100% alla luce delle nuove norme in vigore dal 2018 per quanto concerne le attività domestiche, come verrà illustrato qui di seguito, il risultato finale non cambia (cfr. consid. 2.10.-2.12.).

Come visto, il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore una modifica degli art. 27 OAI e 27bis OAI (cfr. consid. 2.2.-2.3.).

Ai sensi del nuovo art. 27 cpv. 1 OAI 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 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.

2.9. 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).

L'amministrazione ha considerato, quale reddito da valido conseguibile dall'interessata nella precedente professione di venditrice, l'importo di fr. 57'057 (dato quest'ultimo al 100% alla luce delle nuove norme in vigore dal 2018, cfr. consid. 2.3.).

Il legale dell'interessata ha contestato tale reddito, ritenendo che lo stesso debba essere aumentato per tenere conto del gap salariale, prendendo quale riferimento il settore 47 con livello di competenza 3 delle RSS, viste le competenze di conduzione del personale svolte nel 2006-2007 dall'assicurata (doc. I).

Questo Tribunale non concorda con l'avv. RA 1.

Al di là del fatto che, nella precedente decisione del 22 gennaio 2013 cresciuta incontestato in giudicato non si era tenuto conto di alcun gap salariale, il TCA ritiene che l'amministrazione abbia correttamente determinato il reddito da valido, conformemente alle chiare indicazioni fornite al riguardo dal precedente datore di lavoro dell'interessata.

Quest'ultimo, difatti, a precisa domanda dell'UAI (cfr. doc. 177), con risposta del 5 aprile 2018 ha indicato che ■senza il danno alla salute e nella funzione di caporeparto retail, lo stipendio approssimativo mensile lordo al 100% della signora Ruberto ad oggi ammonterebbe a CHF 4'389.-- per 13 mensilità■ (cfr. doc. 179).

Quanto all'esistenza di un presunto gap salariale, fatto valere dal patrocinatore dell'assicurata già in sede di osservazioni e poi ribadito nel ricorso, il TCA concorda con le considerazioni espresse dal funzionario incaricato nell'annotazione del 17 ottobre 2018, con le quali ha dimostrato come ■il salario indicato dal datore di lavoro appare maggiore ed in favore dell'assicurata, non si riscontra quindi la necessità né di cambiarlo, né di accordare alcun tipo di GAP■ (cfr. doc. 195).

2.10. 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 5% per attività leggere.

Il legale dell'assicurata ha criticato l'entità di tale deduzione percentuale, chiedendo che venga innalzata al 15% per tenere conto delle importanti limitazioni funzionali, che limitano in maniera significativa l'accesso al mercato del lavoro ancorché ipotetico ed equilibrato, posto come anche nella misura della capacità lavorativa accertata (contestata) vi siano delle limitazioni residue (10%), le attività esigibili siano solo reperibili in contesto leggero (10%, con percentuale complessiva ponderata dei due fattori del 15%), vi siano numerose affezioni asseritamente senza influsso sulla capacità lavorativa che vanno in ogni caso considerate, non da ultimo quelle oncologiche (5%) e da anni la signora Ruberto è esclusa dal mondo del lavoro (5%) (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.

Il TCA, ritiene infatti che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata.

In particolare, va sottolineato che i motivi adottati dal legale le importanti limitazioni funzionali, le affezioni oncologiche e l'esclusione dal mondo del lavoro da lungo tempo (doc. I) non sono tali da giustificare una riduzione percentuale maggiore rispetto a quella

applicata dall'Amministrazione.

Nonostante quanto preteso dall'avv. RA 1, dalla perizia _____ emerge che l'assicurata, nonostante le proprie limitazioni, potrebbe mettere a frutto la propria capacità lavorativa del 50% in attività leggere adeguate, che non prevedano l'utilizzo del braccio destro.

In tali evenienze, la giurisprudenza federale ha già più volte confermato che esiste un sufficiente ventaglio di attività realistiche, reperibili sul mercato equilibrato del lavoro, ciò che preclude quindi l'applicazione di una deduzione supplementare (cfr. STF 8C_174/2019 del 9 luglio 2019; 8C_122/2019 del 10 settembre 2019; 8C_661_/2018 del 28 ottobre 2019; 9C_300/2019 del 28 ottobre 2019).

2.11. 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.

2.12. In queste condizioni, posto che dal mese di febbraio 2016 (momento di insorgenza del peggioramento dello stato di salute) fino al mese di giugno 2016 l'assicurata è stata totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività, compresi i lavori domestici, il suo grado di invalidità globale è stato in quel periodo del 100%.

In seguito, alla luce di una ritrovata capacità lavorativa del 50% in attività adatte, da gennaio 2018, viste le quote parti tra attività salariata (80%) e mansioni casalinghe (20%), il grado di invalidità globale è passato al 54% ($0.8 \times 55\% + 0.2 \times 50\%$), come correttamente calcolato dall'Ufficio AI.

Pertanto, il ricorso va respinto e la decisione impugnata - con la quale l'Ufficio AI ha temporaneamente aumentato la rendita spettante all'assicurata, riconoscendole una rendita intera dal 1° maggio 2016 al 30 settembre 2016, poi nuovamente ridotta ad una mezza rendita dal 1° ottobre 2016 - va confermata.

2.13. 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.

E. 5

dicembre 2017 risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: neurologica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), psichiatrica (dr. _____) e oncologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti del _____ hanno riscontrato, dal profilo neurologico-reumatologico-psichiatrico, l'esistenza di una situazione invariata rispetto alla precedente valutazione peritale pluridisciplinare del _____ del 2012, mentre hanno potuto constatare un peggioramento transitorio con riferimento alla patologia oncologica, comprendente il periodo da febbraio a giugno 2016

(corrispondente alla fase post-operatoria e di sottoposizione a radioterapia) (cfr. doc. 171, corsivo della redattrice). E sprimendosi a proposito della capacità lavorativa, gli specialisti del _____ hanno considerato l'assicurata globalmente totalmente inabile al lavoro nella precedente attività di venditrice e cassiera a decorrere dal mese di dicembre 2006 (cfr. doc. 171 pag. 31). Nello svolgimento di attività rispettose delle sue limitazioni funzionali, gli specialisti del _____ hanno concluso che l'interessata presenti una capacità lavorativa del 50% dal mese di giugno 2008, con l'eccezione del periodo compreso fra febbraio e giugno 2016, nel quale ella è stata totalmente inabile al lavoro a causa della patologia oncologica (cfr. doc. 171 pag. 34). In sede di osservazioni contro il progetto di assegnazione di una rendita intera limitatamente al periodo compreso fra il 1° maggio 2016 e il 30 settembre 2016, poi nuovamente ridotta a mezza rendita dal 1° ottobre 2016 (cfr. doc. 186), l'avv. RA 1 ha fatto valere un peggioramento dello stato di salute dell'interessata, comprovato da alcuni referti medici e da uno scritto dell'assicurata stessa. Il dr. _____, con referto del 5 ottobre 2018, ha certificato "un peggioramento della problematica all'arto superiore destro dovuto ad una frattura del radio distale destro extraarticolare dislocata che ha necessitato di riduzione ed osteosintesi (31.8.2018)" (cfr. certificato medico allegato al doc. 189). L'intervento in questione è stato comprovato attraverso il referto del 18 settembre 2018 dell'Ospedale _____ di _____, dove l'assicurata è rimasta degente dal 31 agosto 2018 al 2 settembre 2018, dal quale risulta che in data 31 agosto 2018 l'interessata è stata sottoposta a riduzione e osteosintesi del radio distale destro (cfr. referto allegato al doc. 189). L'assicurata, dal canto suo, con scritto del 9 ottobre 2018, ha comunicato all'UAI quanto segue: " In merito alla situazione del mio stato di salute personale, con la presente e dopo gli ultimi responsi medici le comunico quanto segue: - Frattura braccio destro 31.8.2018: purtroppo in data citata a causa di una caduta in ambiente domestico, mi sono procurata una frattura al braccio destro, così come elencato nel referto medico già in vostro possesso. Si tratta dell'arto già interessato dalla menomazione al nervo sopravvenuta e per la quale sono attualmente inabile al lavoro. - Variazione e intensificazione della cura oncologica: dopo gli ultimi controlli medico-oncologici della scorsa settimana presso il dr. _____ è stata decisa un'intensificazione della cura preventiva chemioterapica con iniezioni, in quanto quella attuale a base di pillole non sta dando i risultati sperati. - Aspetti psicologici: la situazione di insicurezza sulla riuscita delle cure e la caduta che ha nuovamente portato dolore supplementare alla situazione già precaria, hanno avuto un influsso anche sugli aspetti psicologici e sul sonno. Durante l'ultima visita il dr. _____ ha deciso di aumentare i tranquillanti in modo da permettere una migliore gestione di questa fase. Malgrado ciò è chiaro che questo porta ad una minore autonomia personale. I medici curanti rimangono a vostra completa disposizione per ulteriori approfondimenti in merito a quanto elencato." (Doc. 192) Esprimendosi a proposito del peggioramento fatto valere dall'assicurata, il dr. _____ del SMR, nelle annotazioni del 18 ottobre 2018, ha rilevato: " Per riassunto medico vedi RAF del 8.10.2018 che si basa sulla esaustiva e per noi ancora valida valutazione presso il _____ del 12.2017. Nel decorso in data 31.8.2018 l'Ata riporta frattura scomposta del radio distale destro che viene trattata con riduzione e osteosintesi. Evidentemente nella fase acuta questo tipo di fratture che viene oggi riposta giustifica una IL totale per ogni tipo di attività per un lasso di tempo di 4-8 settimane e poi in attività ritenute ergonomicamente adeguate vi è una ripresa lavorativa che in questo caso viene ripristinata al 50% considerando le altre patologie limitanti già ampiamente valutate presso il _____. In definitiva quanto riportato a livello medico in fase di audizione giustifica

una inabilità lavorativa completa limitata ad un lasso di tempo al massimo di 2 mesi per ogni attività mentre successivamente si giustificano le limitazioni come già note dal RAF per attività ergonomicamente adeguate e leggere.” (Doc. 198) 2.7.1 In sede ricorsuale, l’avv. RA 1 ha ancora una volta fatto valere un peggioramento delle condizioni di salute dell’interessata, senza tuttavia apportare documentazione medica specialistica a comprova delle proprie allegazioni (cfr. doc. I). Ciò non è avvenuto neppure in corso di causa, malgrado nel ricorso sia stato indicato che l’assicurata era in attesa di ricevere ulteriore documentazione medica atta a suffragare le proprie condizioni di salute (doc. I). Nonostante tali indicazioni, l’interessata non ha poi trasmesso a questo Tribunale ulteriore documentazione medica. Ella ha, invece, inviato all’Ufficio AI (il quale a sua volta si è premurato di trasmetterlo al TCA, cfr. doc. VIII/3) uno scritto, datato 29 gennaio 2019, nel quale ha indicato quale oggetto “aggiornamento sugli interventi chirurgici”, del seguente tenore: " In merito alla situazione del mio stato di salute personale, con la presente e dopo gli ultimi incontri con i medici del 9/10 gennaio le comunico quanto segue: - Intervento chirurgico di asportazione ovarica del 5.3.2019: Nelle date citate, dopo il colloquio con il dr. _____ (ginecologo) che a sua volta ha sentito i pareri dell’oncologo dr. _____, si è deciso di praticare un intervento di asportazione di tutto l’apparato riproduttivo, in modo da diminuire i fattori di rischio recidivo del tumore, che con le attuali terapie risulta ancora troppo elevato. I tempi di riabilitazione post-intervento sono quantificabili in ca. 8 settimane, prima di potere riprendere una minima attività. Purtroppo l’intensificazione della cura con iniezioni che era stata praticata debilita troppo il fisico e non dà i risultati sperati. I medici curanti rimangono a vostra completa disposizione per ulteriori approfondimenti in merito a quanto elencato.” (Doc. VIII/2) Nella risposta di causa, l’Ufficio AI ha considerato che l’assicurata “ha manifestato un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall’amministrazione senza tuttavia produrre – in sede di ricorso – eventuali elementi oggettivi, segnatamente di natura medica, a sostegno delle proprie argomentazioni” (doc. VIII). 2.7.2. 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 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l’acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i _____ nell’assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie,

è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7.3. Chiamato a pronunciarsi,

il TCA non ha motivo per dubitare - per lo meno fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata, del 19 novembre 2018, data che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) - delle dettagliate, approfondite e motivate conclusioni dei periti del _____, poi avallate dal dr. _____ del SMR nel rapporto finale SMR del 2 luglio 2018 e nelle successive annotazioni del 18 ottobre 2018 (cfr. STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018). In maniera chiara, motivata e condivisibile, gli specialisti del _____ hanno riscontrato uno stato di salute sostanzialmente invariato rispetto alla precedente perizia pluridisciplinare del _____ del 2012 per quanto concerne gli aspetti neurologico, reumatologico e psichiatrico, mentre hanno confermato il sopraggiungere di un peggioramento dal profilo oncologico, per il quale hanno riconosciuto una totale inabilità lavorativa dal mese di febbraio 2016 al mese di giugno 2016. Dopo tale data, tuttavia, essi hanno concluso che "la malattia oncologica e le terapie specialistiche non hanno a tutt'oggi direttamente un influsso significativo sulla capacità lavorativa dell'assicurata" (cfr. doc. 171, pag. 35). Il TCA non ha motivo per discostarsi da queste conclusioni le quali, del resto, non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). L'assicurata non ha, infatti, prodotto né in sede ricorsuale, né in corso di causa, della documentazione medico-specialistica in grado di mettere in discussione il valore probatorio della approfondita valutazione peritale pluridisciplinare del _____, fornendo elementi oggettivi, diagnostici o clinici, giustificanti una diversa conclusione. Quanto al solo asserito peggioramento delle proprie condizioni di salute, fatto valere dall'assicurata nello scritto del 23 gennaio 2019 (cfr. doc. VIII/2), questo Tribunale rileva che - al di là del fatto che non è stato comprovato da adeguata refertazione medico-specialistica a supporto di quanto comunicato, in contrasto con il dovere processuale di collaborazione delle parti – si tratta, in ogni caso, di aspetti medici successivi al momento di emanazione della decisione qui impugnata (del 19 novembre 2018) e che dovranno quindi, se del caso, essere fatti valere nell'ambito di una nuova procedura di revisione del diritto a prestazioni. Pertanto, sulla base delle pienamente probanti valutazioni del _____, confermate dal SMR, occorre concludere che l'assicurata, dal profilo medico, per lo meno sino all'emanazione della decisione impugnata, sia stata totalmente inabile al lavoro, dal mese di dicembre 2006, nella precedente attività, ma conservi, eccezion fatta per il periodo compreso fra il mese di febbraio 2016 e il mese di giugno 2016 durante il quale è stata totalmente inabile al lavoro, una capacità lavorativa del 50%, a partire dal mese di giugno 2008, in attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali.

2.8. Stante la situazione invariata rispetto alla precedente perizia _____ del 2012 - fatta eccezione per il periodo compreso fra il mese di febbraio 2016 e il mese di giugno 2016 di totale inabilità lavorativa anche in attività adeguate, con conseguente diritto ad una rendita intera di invalidità - e confermata la ripartizione 80% per l'attività salariata e 20%

per l'attività di casalinga, va conseguentemente pure confermato il diritto per l'assicurata di continuare a beneficiare, dopo un temporaneo aumento ad una rendita intera dal 1° maggio 2016 (tre mesi dopo il peggioramento) al 30 settembre 2016 (tre mesi dopo il constatato miglioramento), di una mezza rendita di invalidità, come prima del peggioramento intervenuto a seguito della malattia oncologica. A fronte, infatti, di una identica situazione valetudinaria (con la sola eccezione di cui si è ampiamente riferito) rispetto a quella presente al momento della precedente decisione del 22 gennaio 2013, cresciuta incontestata in giudicato, non vi è ragione per giungere (dopo il riconoscimento di una rendita intera di invalidità limitata dal 1° maggio 2016 al 30 settembre 2016) ad un diverso risultato in merito al grado di invalidità della stessa (cfr. consid. 2.5.), come vorrebbe invece il patrocinatore dell'assicurata. Anche tenendo conto di un reddito da valido al 100% alla luce delle nuove norme in vigore dal 2018 per quanto concerne le attività domestiche, come verrà illustrato qui di seguito, il risultato finale non cambia (cfr. consid. 2.10.-2.12.). Come visto, il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore una modifica degli art. 27 OAI e 27bis OAI (cfr. consid. 2.2.-2.3.). Ai sensi del nuovo art. 27 cpv. 1 OAI 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 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 .” 2.9. 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). L'amministrazione ha considerato, quale reddito da valido conseguibile dall'interessata nella precedente professione di venditrice, l'importo di fr. 57'057 (dato quest'ultimo al 100% alla luce delle nuove norme in vigore dal 2018, cfr. consid. 2.3.). Il legale dell'interessata ha contestato tale reddito, ritenendo che lo stesso debba essere aumentato per tenere conto del gap salariale, prendendo quale riferimento il settore 47 con livello di competenza 3 delle RSS, viste le competenze di conduzione del personale svolte nel 2006-2007 dall'assicurata (doc. I). Questo Tribunale non concorda con l'avv. RA 1. Al di là del fatto che, nella precedente decisione del 22 gennaio 2013 cresciuta incontestato in giudicato non si era tenuto conto di alcun gap salariale, il TCA ritiene che l'amministrazione abbia correttamente determinato il

reddito da valido, conformemente alle chiare indicazioni fornite al riguardo dal precedente datore di lavoro dell'interessata. Quest'ultimo, difatti, a precisa domanda dell'UAI (cfr. doc. 177), con risposta del 5 aprile 2018 ha indicato che "senza il danno alla salute e nella funzione di caporeparto retail, lo stipendio approssimativo mensile lordo al 100% della signora Ruberto ad oggi ammonterebbe a CHF 4'389.-- per 13 mensilità" (cfr. doc. 179). Quanto all'esistenza di un presunto gap salariale, fatto valere dal patrocinatore dell'assicurata già in sede di osservazioni e poi ribadito nel ricorso, il TCA concorda con le considerazioni espresse dal funzionario incaricato nell'annotazione del 17 ottobre 2018, con le quali ha dimostrato come "il salario indicato dal datore di lavoro appare maggiore ed in favore dell'assicurata, non si riscontra quindi la necessità né di cambiarlo, né di accordare alcun tipo di GAP" (cfr. doc. 195). 2.10. 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). Nel caso di specie, utilizzando i dati forniti dalla 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), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato corrisponde ad un importo di Fr. 51'600.- (Fr. 4'300.- x 12 mesi), che adattato al tempo lavorativo di 41,7 ore dà un reddito di fr. 53'793 per l'intero anno (fr. 4'482.75 x 12). Aggiornato al 2015 si ottiene un reddito di fr. 54'191 e per il 2016 di fr. 54'355.67 (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, 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 5% per

attività leggere. Il legale dell'assicurata ha criticato l'entità di tale deduzione percentuale, chiedendo che venga innalzata al 15% per tenere conto "delle importanti limitazioni funzionali, che limitano in maniera significativa l'accesso al mercato del lavoro ancorché ipotetico ed equilibrato, posto come anche nella misura della capacità lavorativa accertata (contestata) vi siano delle limitazioni residue (10%), le attività esigibili siano solo reperibili in contesto leggero (10%, con percentuale complessiva ponderata dei due fattori del 15%), vi siano numerose affezioni asseritamente senza influsso sulla capacità lavorativa che vanno in ogni caso considerate, non da ultimo quelle oncologiche (5%) e da anni la signora Ruberto è esclusa dal mondo del lavoro (5%)" (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. Il TCA, ritiene infatti che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata. In particolare, va sottolineato che i motivi adottati dal legale – le importanti limitazioni funzionali, le affezioni oncologiche e l'esclusione dal mondo del lavoro da lungo tempo (doc. I) – non sono tali da giustificare una riduzione percentuale maggiore rispetto a quella applicata dall'amministrazione. Nonostante quanto preteso dall'avv. RA 1, dalla perizia _____ emerge che l'assicurata, nonostante le proprie limitazioni, potrebbe mettere a frutto la propria capacità lavorativa del 50% in attività leggere adeguate, che non prevedano l'utilizzo del braccio destro. In tali evenienze, la giurisprudenza federale ha già più volte confermato che esiste un sufficiente ventaglio di attività realistiche, reperibili sul mercato equilibrato del lavoro, ciò che preclude quindi l'applicazione di una deduzione supplementare (cfr. STF 8C_174/2019 del 9 luglio 2019; 8C_122/2019 del 10 settembre 2019; 8C_661_/2018 del 28 ottobre 2019; 9C_300/2019 del 28 ottobre 2019). Applicando le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2018, raffrontando il reddito da valida al 100% di fr. 57'057 con quello da invalida di fr. 54'355.67, ridotto del 50% (incapacità lavorativa) a fr. 27'177.90 e poi del 5% (fattori di riduzione) a fr. 25'819, si ottiene un grado d'invalidità del 55%, così come correttamente calcolato dall'Ufficio AI.

2.11. 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. Nella decisione impugnata, l'Ufficio AI ha tenuto conto di una percentuale di limitazioni del 50% (doc. A1). Il patrocinatore dell'assicurata ha contestato la valutazione della capacità funzionale in ambito domestico, con la motivazione che "lo scrivente non ha reperito alcuna valida, aggiornata valutazione domiciliare" (doc. I). Questo Tribunale - ritenuta la sostanziale sovrapposibilità dello stato di salute dell'interessata (fatta eccezione, come detto, per i mesi da febbraio a giugno 2016) anche per quanto concerne lo svolgimento dei compiti domestici rispetto a quanto stabilito nella precedente perizia _____ del 2012 posta a fondamento della decisione del 22 gennaio 2013, cresciuta incontestata in giudicato, e in mancanza di elementi concreti adottati dalla ricorrente che possano far dubitare dell'attualità di quanto accertato dall'assistente sociale in occasione della precedente inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica svolta in data

E. 9

dicembre 2010 - non vede ragioni per discostarsi dalla limitazione complessiva del 50% valutata in precedenza dall'assistente sociale (cfr. doc. 79). 2.12. In queste condizioni, posto che dal mese di febbraio 2016 (momento di insorgenza del peggioramento dello stato

di salute) fino al mese di giugno 2016 l'assicurata è stata totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività, compresi i lavori domestici, il suo grado di invalidità globale è stato in quel periodo del 100%. In seguito, alla luce di una ritrovata capacità lavorativa del 50% in attività adatte, da gennaio 2018, viste le quote parti tra attività salariata (80%) e mansioni casalinghe (20%), il grado d'invalidità globale è passato al 54% ($0.8 \times 55\% + 0.2 \times 50\%$), come correttamente calcolato dall'Ufficio AI. Pertanto, il ricorso va respinto e la decisione impugnata - con la quale l'Ufficio AI ha temporaneamente aumentato la rendita spettante all'assicurata, riconoscendole una rendita intera dal 1° maggio 2016 al 30 settembre 2016, poi nuovamente ridotta ad una mezza rendita dal 1° ottobre 2016 - va confermata. 2.13. 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.