

# TI\_GERICHTE 32.2024.9 vom 18. Januar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-01-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.9](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.9)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.9 du 18 janvier 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.9 del 18 gennaio 2024

## Erwägungen

### E. 12

mesi. Nel mese di aprile 2023 (doc. 75) l'Ufficio AI ha interpellato il PD dr. med. \_\_\_\_\_ della Clinica di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che però si era occupato solo del test genetico per polineuropatia e quindi non era mai entrato nel merito della capacità lavorativa dell'assicurata. Egli ha indicato di avere in cura l'interessata dal 17 marzo 2021 e che ha potuto rilevare il deficit di forza nella muscolatura degli arti inferiori, specie nei muscoli distali dei piedi. Ha inoltre posto la diagnosi di probabile neuropatia genetica su mutazione SORD e ha precisato che le terapie in atto consistevano nella fisioterapia a lungo termine. A richiesta dell'amministrazione, oltre ad allegare il certificato della visita del 17 marzo 2023, lo specialista ha prodotto i referti delle varie indagini genetiche effettuate dall'assicurata presso l'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e gli \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ come pure ha trasmesso il rapporto del Servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. L'Ufficio AI ha sentito nuovamente anche la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, la quale il 10 maggio 2023 (doc. 76) ha ribadito che l'incapacità lavorativa era del 100% dal 6 maggio 2022 come operatrice sociosanitaria presso la casa anziani di \_\_\_\_\_, ha osservato che la situazione clinica era stabile con la paziente che lamentava a tratti esacerbazioni dolorose agli arti inferiori e che la neuropatia era progressiva degenerativa e causava la perdita della massa muscolare (miopatia d'accompagnamento). La sintomatologia era di dolori agli arti inferiori maggiormente a destra, al bisogno la paziente assumeva Voltaren e Novalgina. Nel definire la prognosi, la curante ha indicato che in qualità di operatrice sociosanitaria presso la casa anziani una ripresa dell'attività lavorativa con carichi fisici regolari era impensabile/improbabile, stante l'esacerbazione dolorosa dopo la giornata lavorativa fisicamente pesante, che richiedeva di stare a lungo in piedi e di correre da un paziente all'altro, con conseguente consumo di analgesici. Nel rispondere alle domande sulla situazione professionale e sul potenziale d'integrazione dell'assicurata, visitata due giorni prima, se non era più esigibile l'attività svolta abitualmente, era invece esigibile per 4-6 ore al giorno un'attività adeguata alle sue condizioni, mentre i lavori domestici dovevano essere programmati a singhiozzi con pause e aiuti da parte dei familiari. Nel pronunciarsi su questa nuova documentazione medica, il 21 luglio 2023 (doc. 80) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha allestito un nuovo rapporto finale SMR che sostituiva il suo precedente del 25 luglio 2022 e l'annotazione del 9 novembre 2022 per nuova documentazione medica. Dopo avere completato la lista degli esami effettuati dall'interessata, la specialista in medicina interna generale ha corretto le limitazioni funzionali indicando ora che la necessità di pause supplementari era necessaria, ma che era inclusa nel grado di inabilità lavorativa; essa ha inoltre completato i limiti e le risorse (sintomatologia iperalgica altalenante agli arti inferiori destro e sinistro, marcia rigida per deficit di propulsione, non doveva camminare dei tratti medi o lunghi, doveva potersi sedere al bisogno), rilevando c'era una diminuzione

della muscolatura specie agli arti inferiori e distali dei piedi e che l'assicurata poteva lavorare in posizione prevalentemente sedentaria. Nel determinare i gradi di inabilità lavorativa in attività abituale, in attività adeguata e nelle mansioni consuete, il medico SMR ha ripreso i gradi stabiliti in precedenza nell'attività abituale e in attività adeguata, indicando però per quest'ultima che dall'8 maggio 2023 l'incapacità era del 50% e si riferiva a quanto precisato dalla curante (4-6 ore al dì). Nell'esercizio delle mansioni consuete, l'SMR ha modificato il grado del 10-20% di inabilità lavorativa dal 14 gennaio 2020 stabilito nel precedente rapporto finale sulla scorta delle considerazioni del febbraio 2021 dell'allora dr.ssa med. \_\_\_\_\_, secondo cui a quel momento l'assicurata riusciva a svolgere tutte le mansioni con l'aiuto del marito, e l'ha sostituito con un grado nullo dal 14 gennaio 2020 e del 20% dall'8 maggio 2023, facendo anche in tal caso riferimento alle considerazioni dell'8 (recte : 10) maggio 2023 della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che l'ha visitata quel giorno e che ha espressamente indicato che " i lavori domestici devono essere programmati ed eseguiti a singhiozzi con pause e aiuti da parte dei famigliari ". Al progetto di decisione del 5 ottobre 2023 (doc. 82) dell'Ufficio AI di attribuzione di una rendita intera di invalidità stante un grado di invalidità dell'80% dal 1° maggio 2023, ovvero dopo un anno in cui l'inabilità lavorativa, sorta il 6 maggio 2022, era del 100%, e di una rendita con un grado del 49% dal 1° settembre 2023, ossia tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento dell'inabilità lavorativa che dall'8 maggio 2023 era del 50%, l'assicurata non ha presentato dei referti medici a sostegno della sua contestazione di questa conclusione. Con decisione del 18 gennaio 2024 (doc. 89) l'amministrazione ha perciò confermato integralmente il suo progetto. Davanti a questo Tribunale la ricorrente ha allegato al memoriale della documentazione medica (docc. D, E, F, G, H, I e O) - già agli atti dell'amministrazione e quindi già vagliata dal Servizio Medico Regionale - e un contributo scientifico del gennaio 2024 di UpToDate sulla malattia Charcot-Marie-Tooth (doc. N). Pendente causa la ricorrente ha prodotto il certificato medico del 18 febbraio 2024 (doc. IV/1) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la quale si è così espressa: " (...) presenta una malattia genetica progrediente comportante una paresi muscolare distale agli arti inferiori verosimilmente secondaria ad una miopatia distale posteriore del tipo Myoshi // Neuropatia periferica di tipo motorico SORD. La malattia secondo gli incarti da me in possesso, ha un esordio clinico nel 2012. Seguo la paziente da novembre 2019 e la prima esacerbazione della malattia che ha portato ad una IL completa è avvenuta il 16.1.2020 con tentativo di rientro all'attività lavorativa in marzo 2020 senza successo. La malattia è verosimilmente lentamente progrediente e la caricabilità della paziente dal 2019 a tutt'oggi è evidentemente diminuita (per esempio anche per i lavori domestici la paziente deve organizzarsi per non sovraccaricare il fisico)". Il 28 febbraio 2024 (doc. VI/1) il Servizio Medico Regionale (dr.ssa \_\_\_\_\_) ha riassunto gli atti medici trasmessi dall'insorgente emessi nel 2020, nel 2021 e nel 2023, in parte già agli atti, e ha concluso che il rapporto finale del 21 luglio 2023 rimaneva invariato, con un'inabilità completa in attività abituale e una capacità lavorativa del 50% in attività adeguata. Nel referto del 26 marzo 2024 (doc. P) il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, ha riferito che da circa 10 giorni l'assicurata assumeva Beloc Zoc 25 mg per la tachicardia, Novalgina e Voltaren al bisogno e che a causa della debolezza ai piedi alcune volte era caduta. All'esame obiettivo della paziente la deambulazione è risultata leggermente steppante bilateralmente, non era in grado di camminare su punte e talloni, la sensibilità e pallestesia erano conservate ai 4 arti, deficit di forza M4+ nella flessione dorsale di entrambi i piedi e M4 nel gastrocnemio destro. Nella valutazione lo specialista ha indicato che a gennaio 2023 l'analisi del gene SORD eseguita presso l'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

ha mostrato la presenza di una variante classificata come patogenetica e già nota nella letteratura scientifica, ma non aveva permesso di evidenziare una seconda variante, che è stata invece rilevata da un laboratorio di ricerca di \_\_\_\_\_ . Ciò ha confermato quindi anche dal punto di vista molecolare la diagnosi di neuropatia correlata al gene SORD. L'assicurata poteva trasmettere una delle due varianti genetiche ai figli. Quali terapie consigliate v'erano l'ergoterapia e la fisioterapia. Su quest'ultimo referto si è pronunciato il medico SMR il 15 aprile 2024 (doc. XIV/1), rilevando che dagli atti risultava una prescrizione di fisioterapia a lungo termine datata 13 febbraio 2023 e che era conosciuto che si tratta di una malattia con una tendenza a un lento peggioramento. Quanto alle osservazioni del patrocinatore della ricorrente, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha annotato che l'ulteriore precisazione genetica era ininfluenta sulla capacità lavorativa attuale, che la tachicardia era nota e trattata dal 2019 e che non risultavano problemi organici al cuore e che le difficoltà a camminare erano ininfluenti per un'attività adeguata maggiormente seduta. In conclusione, la documentazione addotta non cambiava il rapporto finale SMR del 21 luglio 2023.

2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili ( Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo ( RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la

parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C\_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C\_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C\_168/2020 del

#### **E. 17**

marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen

clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va poi 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 9C\_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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\_188/2017 del 14 luglio 2017, consid. 5.2; STF 9C\_303/2015 dell'11 dicembre 2015, consid. 3.2). 2.7. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente valutato lo stato di salute della ricorrente, dopo attenta analisi di tutti gli atti medici il Tribunale non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta. In primo luogo occorre rilevare che ogni volta che l'Ufficio AI raccoglieva della documentazione medica presso l'assicuratore malattia o i curanti della ricorrente, la sottoponeva, giustamente, al vaglio del Servizio Medico Regionale. In questo modo, ogni singolo referto presente agli atti dell'amministrazione è stato debitamente vagliato da una persona esperta in materia. Anche gli atti medici che l'insorgente ha prodotto con il ricorso - seppure alcuni già presenti nell'incarto dell'amministrazione - e pendente causa, sono stati oggetto di una attenta e approfondita disamina da parte di una specialista alle dipendenze del Servizio Medico Regionale (dr.ssa med. \_\_\_\_\_). Dai vari referti resi dai curanti della ricorrente risulta che, giusta quanto ha riferito la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ il 15 maggio 2022, e ha confermato il 10 maggio 2023, è indubbio che l'attività di operatrice sociosanitaria precedentemente esercitata non possa più esserlo dal 6 maggio 2022, trattandosi di un lavoro fisicamente pesante, che richiede di stare molto tempo in piedi e di correre da un paziente all'altro. Anche il Servizio Medico Regionale ha riconosciuto che la rara malattia di cui è affetta la ricorrente non le permette più di lavorare in tali vesti, ammettendo perciò un grado di incapacità lavorativa del 100% dal 6 maggio 2022 in attività abituale. Questa circostanza va dunque fatta propria anche dal TCA, che non ha motivo di scostarsi dalle opinioni dei curanti e dell'SMR, che sono univoche per quanto concerne l'incapacità lavorativa della

ricorrente come operatrice sociosanitaria. Contestato dall'assicurata, invece, è il grado di inabilità lavorativa del 50% che l'SMR ha ritenuto essere presente dall'8 maggio 2023 nello svolgimento di attività lucrative adeguate allo stato di salute dell'assicurata. Quest'ultima, adducendo il sopraggiungere di problemi cardiaci e di una seconda anomalia ai geni relativi alla patologia rara che l'ha colpita, ha infatti sostenuto che tutti questi aspetti medici si ripercuotono sulla sua capacità lavorativa, azzerandola. Non va poi dimenticato che l'evoluzione di questa malattia è progressiva e che già ora non le permette più di camminare sulle punte e sui talloni, oltre che a cagionarle una deambulazione leggermente steppante bilateralmente. Le deve perciò essere riconosciuto un grado di invalidità del 100%. La richiesta dell'insorgente non può essere tutelata. Il TCA evidenzia che nessuno specialista interpellato dalla ricorrente ha espressamente sostenuto che essa sia totalmente inabile al lavoro anche in altre attività adeguate al suo stato di salute, ma solo nell'attività svolta in precedenza di operatrice sociosanitaria. Anzi, l'8 febbraio 2021 (doc. 42) la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH neurologia che l'ha seguita nel 2020, ha indicato che era esigibile qualsiasi attività lavorativa in ragione del 50%. In seguito, la dr.ssa \_\_\_\_\_, sua medico curante dal 2019, il 10 maggio 2023 ha chiaramente indicato che una attività adeguata alle limitazioni era esigibile in ragione di 4-6 ore al giorno, ciò che corrisponde almeno a un 50% di una giornata intera di lavoro. Nel suo ultimo referto del 18 febbraio 2024 (doc. IV/1) la curante specialista in medica interna ha ricordato che l'inabilità lavorativa completa è avvenuta il 16 gennaio 2020 e che dal 2019 la caricabilità dell'assicurata era diminuita, tanto che per i lavori domestici si doveva organizzare, ma non ha espressamente escluso l'esercizio di altre attività lavorative se adeguate. La tesi della ricorrente non è perciò supportata da alcuna valida documentazione medica. D'altronde, proprio perché non era esigibile un'attività pesante fisicamente e che richiedesse di stare in piedi a lungo, l'SMR ha espressamente indicato, nel suo rapporto finale del 21 luglio 2023, che l'assicurata non poteva portare pesi superiori ai 10 kg stando in piedi, doveva alternare la postura al bisogno, necessitava di pause supplementari, non doveva camminare per tratti medi o lunghi, doveva potersi sedere al bisogno e che poteva lavorare in posizione prevalentemente sedentaria. Quanto alle considerazioni della ricorrente sulla rarità della malattia che le ha causato il danno alla salute e sulle nefaste conseguenze sulle sue condizioni di salute, che continueranno a peggiorare, e sulla capacità di svolgere un'attività lavorativa, occorre ricordare che lo stato di salute della ricorrente deve essere valutato fino al massimo al 18 gennaio 2024, data in cui l'Ufficio assicurazione invalidità ha emesso la decisione impugnata dall'assicurata che delimita temporalmente il potere di esame del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1). Il TCA evidenzia, quindi, che l'attestazione medica antecedente a questa data che fornisce un quadro completo delle capacità lavorative della ricorrente è quella, già citata, del 10 maggio 2023 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che si è compiutamente pronunciata sull'abilità dell'insorgente nella sua attività abituale, in altre adeguate e come casalinga. Ritenuto che le osservazioni dell'assicurata sulla sua capacità lavorativa in attività adeguata, che sarebbe nulla come in attività abituale, non sono supportate da alcun atto medico che, per contro, certifica una diversa capacità lavorativa in attività adeguata (e nelle mansioni consuete), non è dunque possibile fare propria la richiesta ricorsuale di considerarla inabile al 100% in qualsiasi attività. L'assicurata nemmeno va seguita laddove ha sostenuto che la tachicardia sia una nuova problematica insorta a causa della miopatia distale posteriore, visto che già dal più volte citato rapporto medico del 10 maggio 2023, e meglio dall'allegato allestito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ denominato " Lista problematiche ", risulta proprio quale prima diagnosi

una " Tachicardia parossistica recidivante da ca 2 settimane con/su " l'elenco degli esami cardiaci eseguiti nel 2022, da cui non si riscontrano dei disturbi organici al muscolo cardiaco. Quanto alla scoperta della mutazione di un secondo gene, il TCA concorda anche in tal caso con il parere dell'SMR, secondo cui il l'ulteriore precisazione genetica è ininfluenza sulla capacità lavorativa della ricorrente, non comportando, di per sé, un peggioramento delle sue condizioni di salute. Anche la constatazione del 26 marzo 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ sulla deambulazione leggermente steppante bilateralmente, e che l'assicurata non era in grado di camminare sulle punte e sui talloni, ripresa dell'insorgente nelle sue ultime osservazioni, non è tale da comportare un peggioramento della capacità lavorativa residua del 50% ritenuta dall'SMR. Era infatti noto sin dall'inizio della richiesta di prestazioni AI che l'assicurata aveva difficoltà deambulatorie e la dr.ssa \_\_\_\_\_ le aveva recepite già nelle annotazioni del 31 dicembre 2020 (doc. 29). In quell'occasione essa ha indicato che la miopatia distrofica distale posteriore di tipo Miyoshi è una malattia genetica recessiva, di lenta e variabile progressione, che si manifesta con debolezza e atrofia della muscolatura, con difficoltà di fare le scale, stare in piedi e deambulare. Pertanto, se già a quel momento la marcia era rigida per deficit di propulsione, nelle successive annotazioni del 16 marzo 2022 (doc. 58) e nel suo primo rapporto finale del 25 luglio 2022 (doc. 70) il medico SMR ha evidenziato che l'assicurata non doveva camminare per tratti medi o lunghi e doveva potersi sedere al bisogno. Nel rapporto finale definitivo del 21 luglio 2023 (doc. 80) ha ulteriormente precisato che l'assicurata poteva lavorare in posizione prevalentemente sedentaria, ciò per ovviare alla diminuzione della muscolatura agli arti inferiori e distali dei piedi. La considerazione di queste difficoltà motorie è stata dunque ben ponderata dal Servizio Medico Regionale nel confermare la capacità lavorativa residua del 50% rilevata anche dal medico curante. Infine, anche la prescrizione del 26 marzo 2024 di fisioterapia da parte del PD dr. \_\_\_\_\_ non era una novità, avendola egli stesso già indicata nel rapporto del 17 aprile 2023 (doc. 75) - con riferimento alla visita del 13 febbraio 2023 -, come pure la dr.ssa \_\_\_\_\_ già nel rapporto del 7 febbraio 2021 (doc. 32 punto 2.8: " Nessuna terapia specifica per la distrofia muscolare. Fisioterapia per il controllo del dolore e il mantenimento di un buon controllo muscolare in corso. "). Semmai, l'ergoterapia prescritta dal neurologo può essere considerata una nuova terapia, ma non muta, anch'essa, la capacità lavorativa residua dell'assicurata, oltretutto se ci si deve porre solo fino alla decisione impugnata. 2.8. I referti medici agli atti sono pertanto sufficientemente dettagliati per l'evasione della causa e quindi per definire lo stato di salute della ricorrente e la sua capacità residua nell'espletamento di un'attività lucrativa e delle mansioni consuete, ai quali dunque ci si deve attenere, senza che sia necessario procedere a degli approfondimenti e richiamare l'ulteriore documentazione medica richiesta né fare erigere una perizia, neppure a livello giudiziario, ritenendo la situazione già chiarita. In tale contesto, va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove ( valutazione anticipata delle prove, cfr. Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63, Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Va pure rilevato

che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sull'argomento: STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012, consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche, ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12).

2.9. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute della ricorrente sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'Ufficio AI. Non v'è di conseguenza motivo, alla luce delle argomentazioni dianzi esposte, di scostarsi dalle considerazioni e dalle conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto finale del 21 luglio 2023 e nelle sue successive annotazioni del 28 febbraio 2024 e del 15 aprile 2024, a cui va dunque attribuita piena forza probatoria. Nessuna delle certificazioni prodotte dalla ricorrente in questa sede, o già allegata in sede amministrativa, è infatti suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni tratte, in più occasioni, dalla specialista, la quale ha ben valutato tutti gli atti medici presenti nell'incarto. Di conseguenza, si deve concludere che i disturbi somatici valutati come invalidanti dal 6 maggio 2022 (cfr. certificato medico di decorso del 15 maggio 2022 della dr.ssa \_\_\_\_\_) comportano in qualsiasi attività lucrativa un'inabilità lavorativa totale e dall'8 maggio 2023 un'incapacità lavorativa del 50% (cfr. rapporto medico del 10 maggio 2023 della dr.ssa \_\_\_\_\_). Allo stesso modo, la lamentela dell'insorgente relativa all'inabilità nello svolgere le mansioni consuete, e la sua contestazione del grado di impedimento stabilito dal Servizio Medico Regionale nel 20% sempre dall'8 maggio 2023, non può essere accolta. Riconosciuto il valore invalidante della rara malattia che ha colpito la ricorrente, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito.

2.10. L'assicurata ha impugnato la fissazione delle limitazioni nello svolgere le mansioni di casalinga nel 2,47% che, riportate sulla quota parte del 20%, ha dato un grado di invalidità parziale dello 0,49%. A suo dire, il grado di impedimento complessivo ritenuto dall'Ufficio AI sarebbe troppo basso, visto che nella pulizia e ordine dell'alloggio, nella cura e assistenza dei figli come pure nella cura del giardino, essa ha degli importanti impedimenti. Innanzitutto occorre ricordare che possono essere considerate soltanto le attività equiparabili a un'attività lucrativa. Si tratta delle attività che soddisfano il criterio della terza persona, vale a dire le attività che, in caso di impossibilità di svolgerle da sola, la persona assicurata farebbe svolgere da terzi (eventualmente a pagamento). Non vanno pertanto considerate le attività puramente ricreative né quelle artistiche o di pubblica utilità (N. 3603 Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI), valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2024). In specie, nel rapporto del 25 settembre 2023 (doc. 84) dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, preso atto del danno alla salute e delle limitazioni funzionali riassunte dal Servizio Medico Regionale nel rapporto finale del 21 luglio 2023, la consulente ispettrice ha stabilito la quota percentuale delle singole attività sul totale delle mansioni consuete (ponderazione senza disabilità) (N. 3604 CIRAI, cfr. capitolo 6 colonna " Situazione precedente il danno alla salute ") e ha indicato le attività che l'assicurata era totalmente o notevolmente impossibilitata a esercitare (cfr. capitolo 6 colonna " impedimenti osservati "). Determinante è infatti il confronto delle attività effettive e non la valutazione medica dell'incapacità al lavoro. Essa ha fornito indicazioni precise sull'entità

delle limitazioni dovute alla disabilità, sulla base delle quali ha poi determinato le limitazioni in percentuale per ogni settore d'attività. Non ha tenuto conto dell'età dell'assicurata (N. 3605 CIRAI). Il grado di disabilità nelle singole attività corrisponde al prodotto tra la ponderazione senza disabilità (cfr. capitolo 7 colonna " Ponderazione ") e la limitazione dovuta alla disabilità (N. 3607 CIRAI, cfr. capitolo 7 colonna " Impedimenti quantificati considerando l'aiuto esigibile dai membri del nucleo familiare ") e dalla somma di questi impedimenti l'ispettrice è giunta a una invalidità nelle mansioni consuete del 2,47% tenendo conto dell'aiuto dei familiari, con una preponderanza degli impedimenti riscontrata nel bucato e nella cura dei vestiti come pure nella cura e assistenza ai figli. Secondo la giurisprudenza (STF 8C\_620/2011 dell'8 febbraio 2012; STF 9C\_201/2011 del 5 settembre 2011), in caso di divergenze considerevoli tra la valutazione della persona incaricata dell'accertamento e i pareri medici, si deve dare maggior peso alle indicazioni fornite dai medici specialisti per quanto riguarda la riduzione della capacità lavorativa dovuta ad aspetti psichici o cognitivi (N. 3606 CIRAI). Nel caso in esame il Servizio Medico Regionale ha valutato nel 20% l'inabilità lavorativa medico-teorica. Dal lato pratico, i danni alla salute accertati dalla consulente dell'Ufficio AI previo sopralluogo hanno invece stabilito un impedimento reale del 31,05% (cfr. capitolo 6 righe grigie in fondo) nel compiere le mansioni consuete nell'economia domestica ma, con l'aiuto prestato dai familiari, l'impedimento si è drasticamente ridotto al 2,47%. Riguardo a queste divergenze il TCA osserva che non va dimenticato che, stante l'obbligo di ridurre il danno nelle assicurazioni sociali (STF 9C\_248/2022 del 25 aprile 2023, consid. 5.3.1), la ricorrente era tenuta a coinvolgere e a farsi aiutare nelle faccende di casa dal marito e dai figli (la prima figlia è oltretutto maggiorenne) che vivono con lei. In ambito casalingo, se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve provvedere a riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Nel caso di persone attive nell'economia domestica, un impedimento può così essere considerato dall'assicurazione invalidità solo se le mansioni non più esercitabili personalmente devono essere eseguite da terze persone dietro pagamento oppure da familiari che, per fare ciò, dimostrano di subire una perdita di guadagno o comunque un aggravio eccessivo. Il grado di aiuto che si può pretendere dai familiari per l'aiuto in favore di una persona casalinga invalida va oltre il sostegno che ci si può normalmente attenere senza un danno alla salute (DTF 133 V 504 consid. 4.2; N. 3614 CIRAI). La persona assicurata deve fare ricorso all'aiuto dei familiari, indipendentemente dall'attuabilità effettiva di quest'ultimo (STF 8C\_879/2012 del 17 gennaio 2013, consid. 4.2; N. 3614 CIRAI). Il N. 3615 CIRAI precisa perciò che se la persona assicurata non adempie l'obbligo di ridurre il danno o lo adempie solo in parte oppure se non ricorre all'aiuto usuale esigibile dai familiari o vi ricorre solo in parte, non le è riconosciuta alcuna limitazione nell'attività in questione o le è riconosciuta soltanto una limitazione parziale. Per tale motivo, il grado di invalidità attribuibile alla ricorrente è stato ridotto notevolmente proprio grazie all'aiuto prestatole dai familiari (cfr. capitolo 7 colonna " Impedimenti quantificati considerando l'aiuto esigibile dai membri del nucleo familiare "). Il marito, soprattutto, ma anche i due figli, hanno infatti sopperito quasi completamente alle mansioni consuete che l'assicurata non era in grado di svolgere, riducendo così il reale impedimento che la consulente ha comunque, a tutti gli effetti, rilevato per ciascuna attività (cfr. capitolo 7 colonna " Impedimenti rilevati in sede d'inchiesta ") e complessivamente (cfr. capitolo 6 " Impedimenti osservati "). Conformemente alla giurisprudenza evocata, la scrivente Corte

conviene perciò che stante l'obbligo di ridurre il danno, la ricorrente poteva e doveva chiedere assistenza ai familiari conviventi nelle faccende domestiche e quindi è corretto che " l'invalidità nelle mansioni consuete considerante l'aiuto esigibile da parte di membri del nucleo familiare (marg. 3614 CIRAI) " (cfr. ultima riga nella tabella finale) sia di gran lunga inferiore (2,47%) all'ipotesi in cui non si possa esigere l'aiuto di terzi (cfr. capitolo 7 la somma del prodotto delle prime due colonne: 31,05%). Va altresì rilevato che l'insorgente non ha contestato la ripartizione delle attività e le relative percentuali attribuite dalla consulente, ma la determinazione degli impedimenti per alcune di esse come pure il grado di disabilità nelle relative attività. Essa si è però limitata ad affermare genericamente che " sia per la pulizia e l'ordine dell'alloggio, sia per la cura e l'assistenza ai figli, sia per la cura del giardino e dell'area adiacente, la signora RI 1 ha degli impedimenti importanti; anche perché, notoriamente, queste attività sollecitano la sua muscolatura essendo lavori classificati come pesanti o medio pesanti. ". L'assicurata non ha però indicato in quale misura era impedita di svolgere una o l'altra attività né quale era il grado di impedimento in queste mansioni consuete. Non va poi dimenticato che la stessa curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, aveva ben indicato che " Lavori domestici devono essere programmati ed eseguiti a singhiozzi con pause e aiuti da parte dei famigliari ", perciò le condizioni di salute dell'insorgente non le impedivano totalmente di effettuare i lavori domestici, ma solo doveva scaglionarli nel tempo e farsi aiutare dal marito e dai figli, limitazioni di cui la consulente ispettrice ha tenuto ben conto nella sua valutazione. A proposito del valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'Ufficio AI, nella DTF 128 V 93 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito che – in linea di massima e senza valide ragioni – non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento da parte della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo. Non emergendo delle incongruenze sull'operato in esame, non v'è ragione di scostarsene. Questo Tribunale non ha dunque motivo per sovvertire le valutazioni della consulente ispettrice, la quale ha attentamente esaminato di persona la capacità residua dell'assicurata nelle mansioni consuete. La funzionaria, a prescindere dal fatto che sia alle dipendenze dell'amministrazione cantonale, ha agito in modo imparziale e professionale essendo specialista in materia e quindi nel pieno rispetto unicamente sia delle direttive sia della giurisprudenza (STCA 32.2023.114 del 13 maggio 2024; STCA 32.2023.137 del 29 aprile 2024; STCA 32.2023.117 del 18 marzo 2024, consid. 2.12; STCA 32.2020.134 del 26 aprile 2021, consid. 2.11; STCA 32.2020.51 del 29 ottobre 2020, consid. 2.18; STCA 32.2018.79 del 28 maggio 2019, consid. 2.18). Quest'ultima ha espletato il suo incarico sulla base delle emergenze mediche e ha correttamente applicato le direttive in materia per le persone assicurate occupate nell'economia domestica. Inoltre, nell'inchiesta domiciliare in questione è stata stabilita correttamente una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui ai NN. 3609-3611 CIRAI, attribuendo un valore complessivo del 100% per ciascuna delle sei mansioni consuete svolte dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica (cfr. capitolo 6 colonna " Situazione precedente il danno alla salute " e per la somma degli impedimenti rilevati per queste sei attività (cfr. capitolo 6 colonna " Impedimenti osservati "). L'allora Tribunale federale delle assicurazioni, nella sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al considerando 4.1

della STF 9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013), ha confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità giusta l'art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Di conseguenza, la valutazione della consulente ispettrice riportata nel rapporto del 25 settembre 2023 va senza alcun dubbio posta alla base della determinazione del grado di invalidità dell'assicurata per la parte di casalinga svolta in ragione del 20%. 2.11. Sulla base del metodo di misto applicabile alla ricorrente, che va ritenuta salariata in ragione dell'80% e casalinga per il restante 20% (STF 9C\_612/2023 del 3 aprile 2024), si ha che il grado di invalidità parziale per la parte salariata del 61,06% , incontestato, e quello per la parte casalinga stabilito dall'inchiesta domiciliare nel 2,47% , confermato dal TCA nel precedente considerando, danno luogo, dall'8 maggio 2023, a un grado di invalidità globale del 49,34% ( $80 \text{ [parte salariata]} \times 61,06\% \text{ [impedimento parte lucrativa]} + 20 \text{ [parte casalinga]} \times 2,47\% \text{ [tasso di impedimento nelle mansioni consuete]}$ ), arrotondato al 49% . Come stabilito dall'Ufficio AI nella decisione del 18 gennaio 2024, questo grado AI dà dunque diritto alla ricorrente a una rendita AI di grado 49% dal 1° settembre 2023 (art. 88a OAI), ovvero tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha confermato essere avvenuto l'8 maggio 2023, mentre è dato, circostanza incontestata, il diritto a una rendita intera dal 1° maggio 2023, stante un grado di invalidità dell' 80% a partire dal 6 maggio 2022 ( $80 \text{ [parte salariata]} \times 100\% \text{ [impedimento parte lucrativa]} + 20 \text{ [parte casalinga]} \times 2,47\% \text{ [tasso di impedimento nelle mansioni consuete]}$ ). Inoltre, ritenuta la modifica dell'art. 26bis cpv. 3 OAI segnalata dall'amministrazione, dal 1° gennaio 2024 il diritto alla rendita va modificato a favore della ricorrente. In effetti, sebbene sia il reddito da valida che da invalida non siano stati aggiornati al 2024, anno in cui va versata la rendita, l'Ufficio AI ha correttamente detratto dal reddito ipotetico statistico da invalida aggiornato al 2022 non più solo il 10%, perché a causa dell'invalidità l'assicurata può lavorare soltanto con una capacità funzionale pari o inferiore al 50%, come previsto dall'art. 26bis cpv. 3 vOAI in vigore fino al 31 dicembre 2023. L'Ufficio AI, fondandosi sull'art. 26bis cpv. 3 prima frase OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2024, secondo cui " Al valore determinato in base a valori statistici secondo il capoverso 2 è applicata una deduzione del 10 per cento. ", ha adottato un'ulteriore riduzione del 10% dal reddito statistico. Infatti, giusta la seconda frase dell'art. 26bis cpv. 3 OAI, " Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, è applicata una deduzione del

## **E. 20**

per cento. ". Non ha invece tenuto conto di ulteriori riduzioni statistiche, ritenuto come l'art. 26bis cpv. 3 3a frase OAI recita che " Non sono ammesse ulteriori deduzioni ". Su questo ultimo punto, nel Rapporto esplicativo (dopo la procedura di consultazione) relativo alla "Modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) Attuazione della mozione della C.S.S.S.-N 22.3377 Utilizzare salari statistici corrispondenti all'invalidità nel calcolo del grado d'invalidità" del 18 ottobre 2023 il Dipartimento federale dell'interno (DFI) si è così espresso: " (...) Con la deduzione forfettaria del 10 o del 20 per cento verranno presi in considerazione tutti i fattori a causa dei quali le persone con un danno alla salute guadagnano meno di quelle sane (in proposito cfr. n. 4.1). Non vi è quindi alcun margine per l'applicazione di ulteriori deduzioni. Attualmente, però, una parte della dottrina<sup>16</sup> è del parere che, oltre alla deduzione per attività lucrativa a tempo parziale secondo il vigente articolo 26bis capoverso 3 OAI, sia ancora ammesso procedere anche

alla deduzione dovuta al danno alla salute sviluppata dalla giurisprudenza. Per risolvere questa incertezza giuridica, l'articolo 26bis capoverso 3 D-OAI stabilisce che non sono ammesse ulteriori deduzioni oltre a quella del 10 o del 20 per cento. (...)” (pag. 12-13) Gli autori citati dal DFI, U. Meyer e M. Reichmuth, nel loro Commentario “Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG”, Ed. Schulthess 2022, hanno sviluppato le seguenti considerazioni: " Vorbemerkung . Die nachfolgende Darstellung geht davon aus, dass die mit BGE 124 V 321 begründete, mit BGE 126 V 75 konsolidierte und seither in zahllosen Urteilen angewendete Abzugspraxis auch unter der Geltung des im Rahmen der Revision WEIV (2022) in Kraft getretenen Verordnungsrechts grundsätzlich Bestand hat, obwohl nach dem Wortlaut der neuen Regelung ein Abzug (von 10%) einzig noch bei Ausübung einer Teilzeitarbeit von 50% oder weniger vorgesehen ist (Art. 26bis Abs. 3 IVV). Zur Begründung dieser Auffassung ist zunächst auf die Ausführungen zu den rechtsstaatlichen Grundsätzen, der bundesrätlichen Kompetenz in der Invaliditätsbemessung und der daraus entstehenden Problematik zu verweisen (N 1 ff.). Welche Regelungsabsicht verfolgte nun der Gesetzgeber mit der erweiterten Delegationsnorm in Art. 28a Abs. 1 Satz 2 IVG in der Fassung der Revision WEIV? Der Botschaft lässt sich daraus Folgendes entnehmen: «Dieser Absatz über die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten verweist weiterhin auf Art. 16 ATSG. Hingegen wird die bisherige Delegationsnorm an den Bundesrat zur Festlegung des massgebenden Erwerbseinkommens präzisiert (...) Die in der Rechtsprechung definierte Praxis wird auf Verordnungsstufe geregelt werden (z.B. wann auf tatsächliche Werte und wann auf Tabellenlöhne abzustellen ist bzw. welche Tabelle anzuwenden ist). Ebenso soll der Bundesrat die bei diesen Einkommen nötigen von der Rechtsprechung entwickelten Korrekturen vornehmen (z.B. welche Kriterien für einen leidensbedingten Abzug zu berücksichtigen sind und in welcher Höhe ein entsprechender Abzug erfolgen kann)» (BBl 2017 2668). Vergleicht man die 2022 positives Recht gewordene Verordnungsregelung (vgl. die zusammenfassende Übersicht in N 2) mit den zitierten Ausführungen in der Botschaft, springen Lücken, Widersprüche und Inkongruenzen ins Auge. So findet sich etwa zur Frage der Tabellenwahl im revidierten Verordnungstext keine Vorschrift, weshalb die Antwort darauf weiterhin der Rechtsprechung überlassen bleibt. Den Abzug vom Tabellenlohn einzig noch bei Teilzeitarbeit vorzusehen, bedeutet das Gegenteil davon, «die in der Rechtsprechung definierte Praxis» auf Verordnungsstufe zu regeln, fusst doch eben diese Rechtsprechung auf fünf abzugsrelevanten Kriterien, die alle in einer Gesamtschau zu prüfen und ermessensweise bis maximal 25% tabellenlohnvermindernd zu berücksichtigen sind (dazu N 105 ff.). Sollte das Bundesgericht demgegenüber – u.E. wider Erwarten – den 2022 geltendes Recht gewordenen Art. 26bis Abs. 3 IVV gleichsam als überschüssende Positivierung der in der Abzugsfrage restriktiver gewordenen Rechtsprechung (N 119 ff.) und infolgedessen als abschliessende Regelung betrachten (bis zur Drucklegung ist dazu kein Urteil ergangen), wäre die im Folgenden dargestellte bisherige Rechtsprechung zu den abzugsbegründenden Umständen obsolet. (...)” (art. 28a n. 104 pag. 330-331) In tale contesto il TCA si limita a ricordare che la deduzione per circostanze personali e professionali fino al 25% del salario statistico, e il parallelismo dei redditi, sono i due strumenti fondamentali di correzione utilizzati dal Tribunale federale per determinare il reddito da invalido che sia il più concreto possibile (cfr. DTF 148 V 174 consid. 9.2.3: “ Zusammenfassend orientiert sich die bisherige Rechtsprechung für eine möglichst realitätsgerechte Bestimmung des Invaliditätsgrades mittels eines Einkommensvergleichs im Sinne von Art. 16 ATSG, sofern keine konkreten Lohndaten vorhanden sind, subsidiär

an den Zentral- bzw. Medianwerten der LSE, die den ausgeglichenen Arbeitsmarkt abbilden. Als Korrekturinstrumente für eine einzelfallgerechte gegenüber einer standardisierten Betrachtung stehen die Möglichkeiten eines Abzugs vom Tabellenlohn sowie der Parallelisierung zur Verfügung. (...) Verdeutlicht wird dies mit Blick auf die Unfallversicherung, bei welcher der Invaliditätsgrad grundsätzlich ebenfalls nach Art. 16 ATSG bestimmt wird. Entsprechend geht das Bundesgericht vom Grundsatz der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs aus (BGE 133 V 549 E. 6.1; vgl. FREY/LANG, a.a.O., N. 2, 5 und 79 zu Art. 16 ATSG)"; STF 8C\_628/2021 del 23 gennaio 2023 consid. 3.2; STF 8C\_104/2022 del 5 agosto 2022 consid. 5.2 in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni). L'Ufficio AI ha dunque adottato la deduzione massima applicabile al reddito statistico del 20%, per giungere a un grado di invalidità del 66,73%. Riportato sulla parte salariata e sommato alla parte casalinga, si ha un grado di invalidità finale del 53,88% ( $80$  [parte salariata]  $\times$   $66,73\%$  [impedimento parte salariata] +  $20$  [parte casalinga]  $\times$   $2,47\%$  [tasso di impedimento nelle mansioni consuete]), che va arrotondato al 54% , come correttamente calcolato dall'Ufficio AI. Dal 1° gennaio 2024 il diritto alla rendita della ricorrente sarà così del 54% (art. 28b cpv. 2 LAI). 2.12. Da quanto precede discende che la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di attribuirle dal 1° maggio 2023 una rendita intera di invalidità deve essere parzialmente accolta, nel senso che vanno confermati i gradi di invalidità dell'80% dal 6 maggio 2023 e del 49% dall'8 maggio 2023, corrispondenti a una rendita intera rispettivamente al 47,5%, mentre dal 1° gennaio 2024 si deve ritenere un grado del 54%. 2.13. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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 vanno addebitate ad entrambe le parti in causa, mentre alla ricorrente, parzialmente vincente in causa e patrocinata da un legale (art. 61 lett. g LPGA), vanno riconosciute delle indennità ridotte.

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