

## **TI\_GERICHTE 32.2012.315 vom 28. November 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-11-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.315](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.315)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.315 du 28 novembre 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.315 del 28 novembre 2012

### **Regeste**

Salariata al 70% e casalinga al 30% chiede la rendita AI. Perizia pluridisciplinare SAM accerta un grado di incapacità lavorativa globale del 50% (2011) e dell'80% (2012). Calcolo del danno economico con metodo misto: 35% come salariata, 13,5% come casalinga. Grado d'invalidità globale: 29% risp. 4%

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007). nel merito 2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s' intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Secondo l'art. 28a cpv. 2 LAI, 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. 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 (art. 28a

cpv. 3 LAI). Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall' allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione) ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; DTF 128 V 174). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1, I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr., inoltre, STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.2). 3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art.

cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI precisa 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, sono incluse anche l'amministrazione di patrimoni e le attività benevole gratuite, ma non le attività di svago, del tempo libero (N. 3091 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS).

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. 4. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile il citato art. 28a cpv. 3 LAI. 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 in una STF 9C\_15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed 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 nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. L'Alta Corte, in una sentenza pubblicata in DTF 137 V 334, ha riconfermato la sua giurisprudenza relativa al metodo misto. 5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se,

ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, BG über die IV, Zurigo 1997*, pag. 288). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer-Blaser, *op. cit.*, pag. 288; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, 1999, pag. 190 seg.). Va osservato che in materia di contributi AVS, un assicurato che da anni esercita un'attività lucrativa il cui carattere lucrativo è dubbioso e la cui importanza economica è di poco conto e da cui non trae alcun reddito, va considerato come persona senza attività ex art. 10 LAVS (RCC 1987 pag. 447/488 consid. 4a). In sostanza, quindi, generalmente un assicurato va considerato senza attività lucrativa se si mantiene principalmente grazie alla sostanza di cui dispone o dai redditi della stessa in quanto i redditi da attività lucrativa sono di poco conto o inesistenti (sull'argomento, cfr. anche RCC 1986 pag. 540 seg.). 6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrecht*, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), al considerando 3b, l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa

non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)". Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico ( psychische Fehlentwicklungen ), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella sentenza del 4 luglio 2007 (I 384/06), il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del

### **E. 13**

luglio 2006, consid. 4)". 7. Nel caso di specie l'UAI, dopo aver richiamato gli atti medici ritenuti determinanti, con la decisione impugnata ha negato alla ricorrente il diritto ad una rendita d'invalidità. Il raffronto fra il reddito conseguito senza invalidità ed il reddito ottenibile in un'attività ragionevolmente esigibile, tenuto conto sia di una riduzione del 50% per un'abilità lavorativa esigibile al 50% sia del 9% per la possibilità di svolgere determinate attività stanti le limitazioni espresse dai periti, ha dato luogo ad una perdita di guadagno (grado d'invalidità) del 49% dall'ottobre 2011 e del 18% dal marzo 2012 (ritenuta, però, un'esigibilità lavorativa del 100%). Ritenuto poi l'impedimento del 13,5% nella conduzione dell'economia domestica, l'Ufficio AI ha quindi ottenuto un grado di invalidità globale del 38% dall'ottobre 2011 e del 17% dal marzo 2012. Dal lato medico, il perito psichiatra incaricato dall'assicuratore malattia dell'assicurata ha accertato che la stessa era abile al lavoro all'80% dal 22 marzo 2011 nella sua professione di ausiliaria di cucina ed in altre attività, mentre come casalinga la capacità lavorativa era del 90%. Il reumatologo ha stabilito che l'assicurata presentava una diminuzione del rendimento al massimo del 5% nella precedente attività, mentre in attività leggere ed adatte che rispettassero i limiti funzionali elencati nel suo referto, l'esperto ha accertato un'abilità lavorativa del 100%. Infine, dal punto di vista neurologico, la ricorrente era totalmente abile al lavoro in qualsiasi tipo di attività. Sulla scorta di queste considerazioni mediche, il consulente in integrazione professionale (doc. 47) ha stabilito in Fr. 32'838.- il salario da valida della ricorrente nel 2010 senza il danno alla salute se avesse ancora lavorato al 70% come ausiliaria di pulizie in cucina per il suo precedente datore di lavoro. In altre attività adeguate, per il periodo dall'ottobre 2011 è stata ritenuta la situazione seguente (doc. 50-8): a livello nazionale la media del salario ipotetico per le donne aggiornato al 2010 è di Fr. 52'887,94 (categoria 4.2). Riportato sul tempo lavorativo del 70% quale salariata (Fr. 37'021,56) e della capacità lavorativa del 50% (Fr. 18'510,78), ritenuta anche una diminuzione del 4% per attività leggere e del 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, si ottiene un reddito da invalida di Fr. 16'844,81. Paragonando questo dato con il reddito ipotetico da valido, si ha una perdita di guadagno del 48,70% (49%). Per il successivo periodo valido dal marzo 2012 (doc. 50-5), tenuto conto sempre di un tempo di lavoro del 70% (Fr. 37'021,56) e di una capacità lavorativa dell'80% (Fr. 29'617,24), come pure dei medesimi fattori di riduzione (9%), si ottiene un reddito da invalida di Fr. 26'951,69. Partendo dunque da un reddito ipotetico senza danno alla salute di Fr. 32'838.- e da un reddito da invalida di Fr. 26'951,69, il grado d'invalidità ottenuto è del 17,93%. Inoltre, l'esito dell'inchiesta economica ha stabilito nel 13,5% l'invalidità

dell'insorgente come casalinga (doc. 42). Adottando il metodo misto valido per le persone che esercitano parzialmente un'attività lucrativa, l'UAI ha stabilito che la limitazione del 13,5% nell'attività di casalinga, esercitata al 30% del suo tempo, comporta un grado d'invalidità del 4%. L'inabilità parziale in attività salariate, invece, che in precedenza la ricorrente esercitava nella misura del restante 70% del tempo, dà un grado d'invalidità del 34% nel primo periodo rispettivamente del 13% dal marzo 2012. Sommando le due incapacità al guadagno, si ottiene un grado d'invalidità totale del 38% dall'ottobre 2011 e del 17% dal mese di marzo 2012, gradi che però non comportano l'erogazione di una rendita AI (doc. 51). Nel ricorso l'assicurata sostiene che la sua capacità lavorativa è tuttora del 50% e lo è sin dal 27 giugno 2011, tanto che da \_\_\_\_\_ percepisce un'indennità per malattia del 50% e dall'assicurazione contro la disoccupazione riceve delle indennità di disoccupazione per il restante 50%. La ricorrente ha quindi postulato che sia effettuata una nuova perizia medica che accerti il suo attuale grado di invalidità. 8. A seguito dell'incidente della circolazione stradale del 19 dicembre 2010, l'assicuratore infortuni ha assunto il caso e corrisposto le prestazioni fino al 17 ottobre 2011. Dopodiché è subentrata la Cassa malati dell'assicurata, che le ha versato le indennità giornaliere per malattia e che il 30 e 31 gennaio 2012, come pure nei giorni 2, 3 e 13 febbraio 2012, l'ha sottoposta ad un accertamento medico pluridisciplinare da parte del Servizio Accertamento Medico di \_\_\_\_\_. Il 2 marzo 2012 (doc. 22 dell'incarto della Cassa malati) il SAM ha reso la sua perizia medica, che riassume tutti gli atti medici messi a sua disposizione, espone l'anamnesi (familiare, personale, sociale, professionale, patologica, sistemica), la descrizione della giornata, le constatazioni obiettive del perito SAM che l'ha visitata e gli esiti degli esami di laboratorio e radiologici (RX colonna cervicale e lombare, RX del ginocchio) eseguiti il 31 gennaio 2012. Alla luce dei consulti psichiatrico, reumatologico e neurologico, è stato possibile porre la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (TCD-10 F33.00); sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4); sindrome dolorosa panvertebrale cronica con/su possibile incipiente spondilartrosi L4/L5 e L5/S1, minima protrusione discale posteriore C6-C7. Dal punto di vista psichiatrico, la ricorrente è stata valutata dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, il 13 febbraio 2012 ed il seguente 17 febbraio (doc. 22-34 CM) lo specialista ha reso il proprio referto. Egli ha rilevato che l'assicurata tendeva a dilungarsi in lunghe descrizioni senza aggiungere una sostanziale informazione ed a parlare a ruota libera. Il tono dell'umore era lievemente orientato verso il polo negativo. V'era una quota d'angoscia lieve in merito all'incidente del 19 dicembre 2010, l'ansia libera era lieve, il contenuto del pensiero era incentrato sulla sua condizione di salute e lamentava dolori generalizzati. Nessun altro elemento di tipo patologico è stato rilevato dal perito. La diagnosi posta era di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve e di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F33.1 e ICD-10 F45.4). Questa sindrome depressiva si è presentata alcuni mesi dopo l'incidente della circolazione e la sintomatologia ha seguito un decorso cronico, ma in nessun momento ha avuto caratteristiche di gravità in quanto si sono mantenute ben compensate le funzioni cognitive, biologiche e volitive. Da un punto di vista clinico, il quadro depressivo ha cronicizzato la sintomatologia algica già preesistente e da allora presentava una sindrome somatoforme da dolore persistente. La sindrome dolorosa, sebbene fosse generalizzata, non incideva sulla vita quotidiana e sociale dell'assicurata. Pertanto, l'interessata presentava una capacità lavorativa dell'80% dal 22 marzo 2011 in ogni attività lavorativa. La prognosi era stazionaria. La deflessione del tono dell'umore e la diminuzione delle funzioni volitive comportavano una maggiore lentezza ed una

diminuzione della precisione e resistenza davanti ad ogni compito lavorativo. Lo psichiatra ha consigliato un trattamento antidepressivo a dosaggi utili, sebbene l'assicurata fosse riluttante al trattamento psicofarmacologico. Come casalinga, l'incapacità lavorativa era del 10%. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, ha visitato l'assicurata il 3 febbraio 2012 ed il 6 febbraio 2012 (doc. 22-22 CM) ha allestito la sua perizia. Essa riferisce l'anamnesi attuale, remota, per sistemi, familiare, sociale, le limitazioni soggettive, lo status e gli esami di radiologia passati ed attuali. La diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa era di fibromialgia/sindrome da dolore persistente e di sindrome dolorosa panvertebrale cronica con possibile incipiente spondiloartrosi L4/L5 e L5/S1. Nella sua valutazione, il reumatologo ha osservato che dopo l'incidente stradale ed il ricovero presso il servizio di ortopedia, il decorso successivo all'infortunio si è protratto, tanto che dal 22 marzo all'8 aprile 2011 l'assicurata ha eseguito un periodo di riabilitazione, stante una sindrome cervicospondilogenica, ma anche la tendenza allo sviluppo di una fibromialgia. All'uscita dalla clinica, l'interessata presentava un quadro clinico sostanzialmente normale, tanto che le indagini radiologiche non hanno mostrato reperti clinicamente rilevanti. Il decorso è però restato insoddisfacente e v'è anche stato un importante peggioramento del quadro clinico con lo sviluppo di dolori generalizzati ed una progressiva perdita della mobilità del rachide e delle spalle sulla base di una resistenza attiva (volontaria) tanto che queste regioni non hanno potuto essere esaminate dal perito, senza tuttavia evidenza per lesioni oggettive a livello clinico o radiologico. Concordando con il collega \_\_\_\_\_, che il 15 dicembre 2011 ha visitato l'assicurata, la stessa presentava una fibromialgia secondo i criteri ACR 1990 e ACR 2010. Non v'era invece evidenza per una malattia reumatologica infiammatoria o per un'altra patologia associata alla fibromialgia. A dire del perito, si trattava di una fibromialgia "primaria" che si è sviluppata, come spesso avviene, dopo un trauma (incidente), le cui conseguenze sarebbero normalmente guarite da molto tempo senza questo sviluppo che non aveva più alcun nesso di causalità con il trauma in esame. Per quanto riguarda le conseguenze dell'infortunio, come ausiliaria di cucina la ricorrente presentava una diminuzione del rendimento al massimo del 5%. La fibromialgia può limitare leggermente la capacità lavorativa attraverso una stanchezza cronica associata a disturbi del sonno ed a dolori diffusi, senza tuttavia sostanziali limitazioni funzionali oggettive. La sindrome dolorosa panvertebrale, in presenza di possibili incipienti alterazioni degenerative lombari basse, può in alcuni casi limitare leggermente l'attività lavorativa per lavori pesanti a mediamente pesanti, per lavori che richiedono movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, posizioni statiche eccessivamente prolungate, particolarmente con il tronco in iperflessione od iperestensione. Lavorando a tempo pieno (8½ ore al giorno), le predette limitazioni funzionali possono, in alcuni casi, diminuire il rendimento fino al massimo al 5% in attività pesanti a mediamente pesanti, mentre in attività leggere l'assicurata aveva una piena capacità lavorativa. Secondo l'esperto, non v'erano possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dal punto di vista reumatologico. L'apparato locomotore era sostanzialmente sano e non c'erano alterazioni strutturali anomali per l'età. Nella tabella allestita per la capacità residua, lo specialista ha osservato che l'assicurata era in grado di sollevare e portare pesi tutto il giorno fino a 25 kg fino all'altezza dei fianchi, mentre sovente gli oggetti pesanti. Allo stesso modo era in grado di maneggiare attrezzi leggeri e medi molto sovente e quelli pesanti solo dalle 3 alle 5 ore e 15 min al giorno. Nessun problema con la rotazione manuale. I lavori sopra l'altezza del capo erano effettuabili normalmente, così come l'inginocchiarsi e il flettere le ginocchia; la posizione del corpo in rotazione, la posizione seduta ed eretta chinata erano esigibili

sovente. Infine, non v'era alcun problema a stare per tanto tempo, seduta, eretta, camminare, camminare su terreni dissestati e salire/scendere scale a pioli. Anche l'equilibrio non era limitato. Infine, il neurologo FMH dr. med. \_\_\_\_\_ ha peritato la ricorrente il 2 febbraio 2012 ed il 6 seguente ha allestito il referto (doc. 22-30 CM) che espone l'anamnesi, lo stato neurologico, la documentazione radiologica e le sue conclusioni. Queste ultime riferiscono di un esame clinico perfettamente normale, non sono stati trovati deficit oggettivi riferibili ad una sicura lesione delle strutture nervose centrali o periferiche. L'assicurata ha descritto una minima ipoestesia a tutto l'emicorpo destro che non trovava, però, una spiegazione organica. Anche le indagini neuroradiologiche hanno escluso lesioni da parte del sistema nervoso centrale rispettivamente lesioni radicolari. Pertanto, l'interessata è stata ritenuta totalmente abile al lavoro in qualsiasi tipo di attività. Nessuna altra patologia limitava la sua capacità lavorativa (la leggera trombocitosi non aveva pertinenza clinica), ma le è stato consigliato di ricontrollare la funzione tiroidea. Nella valutazione medico-teorica globale della capacità lavorativa, il perito SAM ha osservato che la diminuzione del rendimento a livello psichiatrico permetteva di tenere conto della minima limitazione dovuta al problema reumatologico. Inoltre, entrambi gli specialisti hanno valutato la stessa patologia, ossia la sindrome somatoforme da dolore persistente e la fibromialgia. Pertanto, l'assicurata presentava una capacità lavorativa dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come ausiliaria di cucina ed anche in altre attività. Posteriormente alla perizia SAM, l'assicurata ha prodotto il certificato non intestato del 17 luglio 2012 (doc. 23 CM), che attesta un'inabilità al lavoro del 50% dal 18 aprile 2011. Il 30 luglio 2012 (doc. 24 CM) il medico curante dr. med. \_\_\_\_\_, medicina generale, ha compilato un apposito formulario assicurativo "rapporto intermedio LCA", in cui indicava la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente; sindrome paravertebrale cronica su incipiente spondilartrosi L4/L5 e L5/S1 e minima protrusione discale C5/C7 in stato dopo distorsione della colonna cervicale; fibromialgia; sindrome depressiva in trattamento psichiatrico. Nell'anamnesi, il curante ha indicato una cervico-brachialgia a destra dopo incidente della circolazione del 19 dicembre 2010. Per la persistenza della sintomatologia algica l'interessata è stata ricoverata in clinica. L'evoluzione non era favorevole con sviluppo di una sindrome ansiosa-depressiva e di una fibromialgia. Gli accertamenti eseguiti tramite l'assicuratore infortuni non hanno evidenziato reperti patologici rilevanti. Il consulto reumatologico ha confermato la fibromialgia. L'assicurata era seguita per una sintomatologia depressiva secondaria ai dolori cronici e per la perdita del posto di lavoro con conseguenti difficoltà finanziarie. Pertanto, la prognosi era sfavorevole a breve-medio termine. Il medico ha attestato un'inabilità lavorativa del 50% dal 13 gennaio 2012, visto che la persistenza dei dolori alla colonna nonché la sindrome depressiva sempre presente le impedivano di riprendere il lavoro a tempo pieno. Egli stesso, però, ha affermato che la capacità lavorativa non era ridotta in modo definitivo. Un'attività adeguata al suo stato di salute era esigibile sin da subito al 50%, sempre che non comportasse il sollevamento di pesi superiori ai 10 kg. Il successivo 10 agosto 2012 (doc. 25 CM) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato ad \_\_\_\_\_ che l'assicurata "è sempre stata inabile al lavoro in misura del 50% anche dopo il 25.03.2012 (termine del caso assunto precedentemente da \_\_\_\_\_), segnatamente per la problematica psichiatrica. ". Il 2 maggio 2012 (doc. 36) l'Ufficio AI ha ricevuto dall'assicuratore malattia dell'interessata la documentazione medica in suo possesso e l'ha sottoposta al medico del Servizio Medico Regionale per una valutazione (doc. 37). Nel suo rapporto finale del 16 maggio 2012 (doc. 38) il dr. med. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha

ritenuto le diagnosi evidenziate dai periti SAM e ha confermato che dal giorno dell'incidente al 16 ottobre 2011 l'assicurata era totalmente inabile al lavoro, dopodiché lo è stata nella misura del 50% fino al 21 marzo 2012 ed infine, da quando è stata peritata dal SAM, al 20% con limitazioni di carico fino a 10 kg. 9. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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.). 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). 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 amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale

federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6; sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare 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 ed 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella recente STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che 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 ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pagg. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pag. 203 e segg. (249-254)). 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 pag. 105 segg.), 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 psicosociale 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 10. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le problematiche reumatologiche, neurologiche e psichiche sono state chiarite in modo soddisfacente dai periti del SAM. Vanno infatti ritenute in particolare le conclusioni a cui sono giunti lo specialista dr. med. \_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_ e lo psichiatra \_\_\_\_\_ nella perizia pluridisciplinare del 2 marzo 2012, alla quale va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza citata (cfr. consid. 9). Questi esperti hanno attentamente valutato la ricorrente durante uno o più giorni, hanno vagliato la documentazione medica messa a disposizione dall'assicurata, dai suoi curanti e dal suo assicuratore malattia, hanno eseguito degli esami personali ed obiettivi, ma hanno anche preso in considerazione lo status soggettivo dell'interessata. Dal canto suo, invece, la ricorrente non ha saputo comprovare, a mano di specifica e dettagliata documentazione medica, che il suo stato di salute fosse in realtà peggiore (inabilità del 50%) di quello ritenuto dal medico SMR (inabilità lavorativa del 20%). Il certificato del 17 luglio 2012 si limita infatti ad attestare un'inabilità lavorativa del 50% dal

## **E. 18**

Non va infine dimenticato che anche se la ricorrente contesta la suddivisione dell'impiego del suo tempo affermando che debba essere considerata come salariata al 100% giacché fino al giugno 2010 lavorava a tempo pieno presso il ristorante \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

a tutti gli effetti ella era per contro attiva per il 70% come ausiliaria di cucina, mentre per il restante 30% come casalinga. Ciò emerge chiaramente dal 1° colloquio quale intervento tempestivo, avvenuto il 12 gennaio 2012 (doc. 15) presso l'Ufficio AI, in cui l'assicurata ha affermato che l'attività quale addetta al lavaggio in cucina era svolta al 70%, poiché il lavoro era troppo pesante a causa dei problemi al ginocchio e quindi avrebbe voluto compensare con un'altra attività, come la pulizia di uffici o altro. Ha poi dichiarato, sempre durante il colloquio d'accertamento, che lavorava al 70% per gli orari di lavoro. Questa richiesta di riduzione della percentuale lavorativa è stata peraltro espressamente formulata dall'assicurata stessa il 17 febbraio 2010 (doc. 39-2) al suo datore di lavoro, " al fine di organizzare meglio le mie attività personali e familiari. ". La censura della ricorrente sulla suddivisione del tempo di lavoro come salariata e come casalinga va dunque respinta e va così tutelata l'applicazione del metodo misto da parte dell'amministrazione, ripartendo nel 70% la parte del tempo dedicata all'attività salariata e nel 30% quella dedicata alle mansioni domestiche. 19. Di conseguenza, oltre alla chiarezza fatta dai periti SAM in ambito medico, si aggiunge pure l' affidabilità dell' inchiesta economica esperita il 22 agosto 2012 (doc. 42), i cui risultati non sono d' altronde mai stati messi in discussione dalla ricorrente. Nella sua valutazione, l' assistente sociale ha stabilito nel 13,5% il grado d' invalidità dell' assicurata nell' occuparsi dell' economia domestica. In queste circostanze, siccome occorre adottare il metodo misto per individuare il grado d' invalidità globale dell' insorgente, ritenuta la suddivisione del tempo dedicato all'attività salariata (70%) e alle mansioni casalinghe (30%) accertate nel presente giudizio, come pure gli impedimenti nell'eseguire queste attività a causa del danno invalidante stabiliti dal grado di incapacità di guadagno come salariata e casalinga, il grado d' invalidità globale nel 2011 va fissato al 28,55% (70% [tempo lavorativo come salariata] x 35% [grado di incapacità di lavoro come salariata] + 30% [tempo lavorativo come casalinga] x 13,5% [impedimento come casalinga]), e meglio al 29% , grado che non dà diritto alla ricorrente ad una rendita d' invalidità. Per l'anno 2012, il grado di invalidità globale della ricorrente è del 4% ([70% x 0%] + [30% x 13,5%]). 20. Alla luce di tutto quanto esposto, visto che l' assicurata presenta un tasso di invalidità globale del 29 % nel 2011 e del 4% nel 2012 e seppure questi gradi differiscano da quelli individuati dall'Ufficio AI, questo Tribunale non può che confermare il rifiuto al diritto ad una rendita d' invalidità stabilito dall' amministrazione con la decisione del 28 novembre 2012, non raggiungendo essi, infatti, il grado minimo del 40% di invalidità pensionabile (art. 28 cpv. 1 LAI). Il ricorso deve dunque essere integralmente respinto. Al riguardo è comunque utile rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell' assicurata intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). 21. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 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 per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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