

TI_GERICHTE 32.2014.61 vom 25. März 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-03-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.61

FR: TI_GERICHTE 32.2014.61 du 25 mars 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.61 del 25 marzo 2014

Regeste

Vista la perizia SAM e considerato il miglioramento dello stato di salute dal maggio 2009, in base al metodo misto e alla (incontestata) media retrospettiva, va confermato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. ott. al 31 dic. 2008 e riconosciuta una rendita intera dal 1. gen. al 31 agosto 2009

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'in-successo e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA I 702/03 del 28 maggio 2004, consid. 5 e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemes-sung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und

Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si é confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del

E. 19

maggio 2006). 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.6. 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. 8 cpv. 3 LPGA 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). In questo senso l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 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 e che per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità. 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 paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 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.

2.7. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa risulta applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI secondo cui: " se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plädoyer* 5/06 pag. 54 segg. e STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in *SVR* 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. 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.

2.8. 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, famigliari, 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 (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 5, pagg. 47-50 e 53 e Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pag. 190 segg.). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurata, che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Da ultimo va 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, op. cit., pag. 288; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, pag. 190-191).

2.9. Deve innanzitutto essere premesso che al fine di stabilire il grado d'invalidità, nella fattispecie in esame l'Ufficio AI, applicando il metodo misto e, sulla base dei dati forniti dalla ricorrente, ha valutato all'86% la parte dedicata all'attività salariata e al 14% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione deve essere confermata, la relativa conclusione essendo stata presa sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurata in sede d'inchiesta domiciliare del 15 novembre 2010 e del 21 gennaio 2014 (doc. AI 52/1-6 e 112/1-6) che conferma i dati forniti dai datori di lavoro nei rispettivi formulari 29 agosto e 1. settembre 2008 (doc. AI 5/1-7 e 6/1-7, in particolare i punti 2.9 dai quali risulta un grado di occupazione del 50% presso l'_____ [4 ore al giorno e 20 ore settimanali contro le 8 ore giornaliere e le 40 ore settimanali previste dall'orario normale di lavoro nell'azienda; cfr. doc. AI 5/5] e del 36% presso il _____ [15 ore settimanali contro le 42 ore settimanali come da orario normale di lavoro dell'azienda; cfr. doc. AI 6/3]). In particolare, per il fatto che, come da lei stessa asserito, "(...) in data 01.03.2002 ha iniziato la propria attività professionale al 100% presso l'_____. Per una serie di circostanze indipendenti dalla sua volontà, essa non ha in seguito potuto mantenere questo grado di occupazione. (...)" (I, punto 7), non è possibile concludere diversamente. Infatti, accettando di lavorare, in un periodo in cui non era ancora insorto il danno alla salute – il lavoro presso il _____ era iniziato al 26 maggio 2003 (cfr. doc. AI 6/2 punto 2.1) e l'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI è iniziato a decorrere nel mese di ottobre 2007 (IL del 100% presso il _____ dal 24 ottobre 2007 con versamento da quel momento e fino al 31 agosto 2009 del numero massimo di indennità giornaliera da parte della _____; cfr. doc. AI 6/4 punto 2.14 e 35/1-5) – , complessivamente per una percentuale lavorativa dell'86%, l'assicurata ha dimostrato, per atti concludenti, di accontentarsi di lavorare in quella misura. Di conseguenza, anche ammettendo che ella avrebbe preferito continuare a lavorare a tempo pieno presso l'_____, vista la

percentuale lavorativa dell'86% da sana e ritenuto anche che non ha minimamente allegato di aver proceduto ad ulteriori ricerche di lavoro al fine di aumentare il suo pensum complessivo, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) non è possibile concludere che la volontà fosse quella di essere salariata al 100%. 2.10. L'Ufficio AI, come accennato (cfr. consid. 1.1 e 1.2) – vista la domanda di prestazioni dell'agosto 2008 e conformemente alla transazione omologata da questo Tribunale nel decreto di stralcio 16 novembre 2012 – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (cfr. doc. AI 101/1-3 e 104/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 10 giugno 2013 (doc. AI 108/1-55 e 109/1-10) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Impingement femoroacetabolare di tipo misto (CAM e Pincer) con: - esiti da rimodellamento a sin. il 22.10.2008 con buoni risultati oggettivi. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado medio (ICD-10 F 33.1). 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Cefalea muscolotensiva occasionale. (...)" (doc. AI 108/25) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) la capacità lavorativa medico teorica dell'A., nel suo ultimo impiego di addetta alla preparazione dei pasti nella cucina di un _____, viene valutata nella misura del 60%, inteso come rendimento ridotto sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore. (...)" (doc. AI 108/30) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le menomazioni constatate si situano nella sfera reumatologica ed in ambito psichiatrico. La valutazione neurologica non ha permesso di evidenziare patologie che riducono la capacità lavorativa dell'A. Il nostro consulente in reumatologia Dr. med. _____ ritiene che dal suo punto di vista nell'attività da ultimo svolta, cioè addetta alla preparazione dei pasti freddi al nastro trasportatore nella cucina dell'_____, l'A. risulta abile al lavoro nella misura del 70%. Può lavorare a tempo pieno con rendimento ridotto nella misura del 30% dovuto alla necessità di qualche pausa ed eventualmente di sedersi di tanto in tanto (non oltre una volta ogni ora per alcuni minuti). La situazione risulta, secondo il consulente, invariata da un punto di vista reumatologico dopo la valutazione del Dr. med. _____ come confermato anche dal medico di famiglia Dr. med. _____ nel suo rapporto medico AI del 27.12.2012. Per quanto riguarda la prognosi a medio-lungo termine è possibile un peggioramento della situazione sia all'anca sin. operata che all'anca ds. non ancora operata. Per quanto riguarda l'anca ds. è possibile si renda necessario lo stesso intervento di rimodellamento che è stato realizzato a sin. L'A. è maggiormente a rischio per lo sviluppo di una coxartrosi rispetto ad una persona che abbia anche normali. È dunque verosimile che fra alcuni anni si renda necessario l'impianto di una protesi totale delle anche. La diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista reumatologico è dovuta ai problemi alle anche con difficoltà a mantenere la posizione eretta prolungata, negli spostamenti rapidi, nel mantenere posizioni con le anche in flessione (accovacciata o inginocchiata). Dal lato psichiatrico il nostro consulente Dr. med. _____ ritiene che l'A. soffra di una sindrome somatoforme da dolore persistente che adempie i criteri di Förster ed una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado medio che segue un

decorso cronico. Si tratta, di un secondo episodio depressivo che dura dal 25.11.2010 (vedi rapporto AI del 29.11.2012 del Dr. med. _____). La sintomatologia di grado medio si è resa resistente al trattamento psicofarmacologico in corso. Da un punto di vista psichiatrico è il quadro depressivo quello che influisce sullo stato del funzionamento globale dell'A. in maggiore misura che quello somatoforme. Il consulente psichiatra ritiene che l'A. presenti un'incapacità lavorativa nella misura del 40% per ragioni psichiatriche e questo a partire dal 25.11.2010 sino a tuttora. La diminuzione della capacità lavorativa si giustifica in quanto il dolore, soprattutto il vissuto psicologico derivante da esso provoca nell'A. un'elevata tensione endopsichica che poi influisce sullo stato depressivo che presenta. La deflessione dell'umore fluttuante potenzia lo stato di labilità emotiva.

Globalmente circa l'evoluzione della capacità lavorativa riteniamo che l'A. debba essere considerata abile nella misura del 70% a partire dalla valutazione del Dr. med. _____, perito reumatologo per l'Ufficio AI dal 14.6.2010. A partire dal 25.11.2010 (rapporto dello psichiatra curante Dr. med. _____), l'A. presenta una capacità lavorativa nella misura del 60% come tuttora. Le percentuali di incapacità lavorativa per motivi reumatologici e psichiatrici vanno integrate, in quanto entrambe considerano una sindrome del dolore cronico valutato nella sua dimensione globale, psicologica e somatica che rende l'A. più discontinua nel lavoro, maggiormente, affaticabile e necessitante di maggiori pause. Questa percentuale d'incapacità lavorativa va intesa come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale, questo per permettere all'A. di fare le necessarie pause durante la giornata lavorativa. Il consulente in psichiatria consiglia una rivalutazione tra 12 mesi. 9

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Secondo il consulente psichiatra non vi sono controindicazioni per riqualifica professionale, che dovrà tener conto dei limiti funzionali e della progressione della patologia alle anche. Anche in un mestiere leggero ed adatto, che rispetti i limiti funzionali descritti dal nostro specialista in reumatologia, l'A. mantiene una capacità lavorativa residua al massimo del 60%, dove limitante l'abilità lavorativa è la patologia reumatologica e quella psichiatrica. Circa l'evoluzione della capacità lavorativa in un mestiere leggero ed adatto vale quella già descritta al punto 8. Sul piano terapeutico: - il consulente in neurologia non ha proposte terapeutiche, - il consulente in reumatologia ritiene che in futuro si renderà necessario un intervento di rimodellamento dell'anca ds. Al momento non vi sono provvedimenti in grado d'influire positivamente sulla capacità lavorativa; - il consulente in psichiatria ritiene che l'A. debba continuare il trattamento specialistico in corso. E' necessario continuare un trattamento in quanto la conflittualità di coppia derivante dallo stato depressivo che presenta l'A., potrebbe cronicizzare il processo depressivo dell'A. e mantenere una condizione regressiva che al momento attuale non è presente. Come casalinga l'A. risulta abile nella misura del 70%, limitazione del 30% per motivi prettamente psichiatrici. 10

OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 108/30-32) L'Ufficio AI – viste le valutazioni mediche su enunciate (confermate dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 17 giugno 2013; doc. AI 110/1-4), considerata l'inchiesta domiciliare del 21 gennaio 2014 (doc. AI 112/1-6) e ritenute le note per l'incarto del 12 febbraio 2014 con le tabelle elaborate lo stesso giorno (doc. AI 113/1, 114/1 e 115/1-16) – , con la decisione qui impugnata ha confermato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. ottobre al 31 dicembre 2008 e ad una rendita intera dal 1. gennaio al 31

maggio 2009 negando in seguito il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.2). 2.11. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGa (consider. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consider. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consider. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consider. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto

alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) 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 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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 psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.12. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio né le conclusioni a cui sono giunti i medici SMR né, tanto meno, le valutazioni

peritali effettuate dal SAM, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Infatti, il dr. _____, FMH in medicina interna e malattie reumatiche, nella perizia 14 giugno 2010 (doc. AI 47/1-11) – posta la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: “(...) Esito da intervento artroscopico all'anca sx eseguito il 22.10.2008 presso la clinica _____ di _____ per conflitto femoro-acetabolare di tipo misto Cam e Pincher. – Rimodellamento della zona di transizione tra la testa ed il collo femorale nonché revisione del labbro acetabolare. – Residui disturbi muscolari in sede gluteale, peritrocanterica e lungo il tratto iliotalibiale. (...)” (doc. AI 47/7) – , circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione ha concluso: " (...) B. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1.

Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati A livello psicologico e mentale non mi sembra di aver rilevato patologie significative tali da influenzare la sua capacità lavorativa. Desidero comunque sottolineare come i dolori stiano assumendo una certa cronicizzazione, ciò che potrebbe prima o poi avere un influsso pure sul suo stato psichico. A livello fisico l'assicurata presenta delle limitazioni dovute ai residui dolori all'anca sx a seguito del citato intervento artroscopico per l'impingement femoro-acetabolare. Nell'ambito sociale non mi sembra invece di aver rilevato problemi tali da influenzare la sua capacità lavorativa ed il suo completo reinserimento nel mondo del lavoro. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale Per il lavoro da lei attualmente svolto, come già affermato nel punto A.5, ritengo che l'assicurata debba essere ancora considerata almeno 70% abile al lavoro. Per l'attività di ausiliaria di pulizie da lei svolta fino al 2007 presso le _____ di _____ la residua capacità lavorativa è valutabile attorno ad un 30%. Queste limitazioni della capacità lavorativa sono valide ormai dal gennaio 2009. C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE

1. È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso?...? Da quanto mi risulta non sono previste ulteriori misure di riqualifica professionale. Ricordo a proposito come l'assicurata sia già stata sottoposta ad una riqualifica all'interno dell' _____, grazie alla quale ha potuto iniziare a svolgere un lavoro fisicamente più leggero nel servizio alberghiero. 2. È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? Con le misure terapeutiche sopra menzionate (penso in modo particolare a delle infiltrazioni mirate intraarticolari o peritrocanteriche, nonché all'esecuzione di corretti trattamenti fisioterapici) ritengo che l'assicurata dovrebbe poter avere un ulteriore miglioramento dei residui dolori da lei tuttora lamentati, in modo tale da poter aumentare la sua capacità lavorativa. Come già affermato sopra ritengo che una rivalutazione delle sue condizioni di salute e della sua inabilità lavorativa dovrebbe essere ripetuta fra circa un anno. 3. L'assicurata è in grado di svolgere altre attività: Sotto l'aspetto puramente reumatologico ritengo che la signora RI 1 sia in grado di svolgere ogni attività fisicamente medio-leggera, che le permetta in modo particolare di cambiare frequentemente di posizione, con una solo lieve limitazione di non oltre il 30%. Visto che l'assicurata sta già lavorando con profitto presso l' _____ di _____ sarebbe utile discutere con il/la responsabile del personale per cercare di trovare il modo di aumentare il suo grado di occupazione. Il lavoro dovrebbe permetterle di cambiare frequentemente di posizione, sarebbe da svolgere in parte in posizione seduta ed in parte in posizione eretta e non dovrebbe richiedere il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10kg, né tanto meno movimenti ripetuti di flessione ed estensione della colonna e delle ginocchia, così da evitare una sollecitazione delle strutture lombo-sacro-gluteali e di quelle periarticolari all'anca sx. (...)." (doc. AI 47/10-11) Il dr. _____ – viste le

risultanze della perizia reumatologica del dr. _____ e ritenuto che l'assicurata è stata assente al 100% dal lavoro presso l'_____ dal 14 ottobre 2008 al 22 maggio 2009 (cfr. doc. AI 61/1) – , nell'annotazione 17 gennaio 2012 (doc. AI 62/1) ha concluso per un'incapacità lavorativa totale dal 24 ottobre 2007 in un'attività pesante (quale quella di ausiliaria di pulizia presso il _____) e per un'incapacità lavorativa del 100% dal 14 ottobre 2008 fino al 22 maggio 2009 (per intervento e seguente riabilitazione) e in seguito del 70% (rendimento ridotto del 30%) in un'attività adeguata (quale quella presso l'_____). La perizia del dr. _____ è stata confermata dai periti del SAM i quali hanno concluso che “(...) globalmente circa l'evoluzione della capacità lavorativa riteniamo che l'A. debba essere considerata abile nella misura del 70% a partire dalla valutazione del Dr. med. _____, perito reumatologo per l'Ufficio AI dal 14.6.2010. A partire dal 25.11.2010 (rapporto dello psichiatra curante Dr. med. _____), l'A. presenta una capacità lavorativa nella misura del 60% come tuttora. Le percentuali di incapacità lavorativa per motivi reumatologici e psichiatrici vanno integrate, in quanto entrambe considerano una sindrome del dolore cronico valutato nella sua dimensione globale, psicologica e somatica che rende l'A. più discontinua nel lavoro, maggiormente affaticabile e necessitante di maggiori pause. Questa percentuale d'incapacità lavorativa va intesa come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa. Il consulente in psichiatria consiglia una rivalutazione tra 12 mesi. [...] Secondo il consulente in psichiatria non vi sono controindicazioni per riqualifica professionale, che dovrà tener conto dei limiti funzionali e della patologia alle anche. Anche in un mestiere leggero ed adatto, che rispetti i limiti funzionali descritti dal nostro specialista in reumatologia, l'A. mantiene una capacità lavorativa residua al massimo del 60%, dove limitante l'abilità lavorativa è la patologia reumatologica e quella psichiatrica. [...] Come casalinga l'A. risulta abile nella misura del 70%, limitazione del 30% per motivi prettamente psichiatrici. (...)” (doc. AI 108/31-32). Dalle suddette risultanze mediche questo Tribunale deve dunque concludere che dopo, l'inabilità lavorativa totale dal 14 ottobre 2008 al 22 maggio 2009 (per intervento e seguente riabilitazione), dal giugno 2009 l'incapacità lavorativa in un'attività adeguata è del 30% e dal novembre 2010 del 40% (peggioramento della situazione psichiatrica). L'insorgente contesta le conclusioni dei periti del SAM adducendo che “(...) i medici curanti sono concordi nel sostenere che non sia assolutamente esigibile dall'assicurata un'attività superiore al 50%, come sostenuto dal Dr. med. _____ in data 09.05.2011 e dal dr. _____ in data 24.05.2011 e 30.01.2013. Queste valutazioni sono supportate dal parere espresso dal Dr. med. _____ in data 08.05.2012; lo psichiatra intravede nel dolore cronico e nella mancanza di riposo un fattore seriamente invalidante, che si aggiunge alle limitazioni operative di natura fisica ravvisate dai colleghi. [...] La perizia multidisciplinare non concorda con i medici curanti unicamente in merito alla ponderazione delle patologie fisiche e psichiatriche. In essa non si trova tuttavia alcuna spiegazione plausibile che indichi le ragioni per la quale la ponderazione dei medici curanti non sarebbe attendibile, pur essendo coerente con l'attuale situazione personale e lavorativa del-l'assicurata. [...] La perizia multidisciplinare 13.06.2013 presenta inoltre delle lacune evidenziate dallo scritto 05.05.2014 del Dr. med. _____ (doc. 3). Quest'ultimo ritiene in particolare che il problema della paziente sia ortopedico e non reumatologico, come ritenuto dall'Ufficio AI. (...)” (I, punti 19, 21 e 22). Al riguardo questo Tribunale rileva quanto segue. Tutta la documentazione medica summenzionata (fatto salvo lo scritto del 5 maggio 2014 del dr. _____, prodotto con il ricorso sub doc. A3) è stata ritenuta dai periti del SAM (cfr. l'elenco atti sub doc. AI 108/7-10) che l'hanno pertanto considerata

nella loro valutazione. Con specifico riferimento alla valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013, 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 n. 72, pag. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'in-capacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV Nr. 15, il TF ha ulteriormente osservato che una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo. Nella sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 il TCA ha nuovamente avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, scaturente da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. Nella fattispecie, a proposito della valutazione globale delle diverse patologie di cui è affetta la ricorrente, questo Tribunale deve osservare che in ossequio a tale giurisprudenza, i diversi specialisti interpellati dal SAM hanno espressamente dichiarato di aver preso conoscenza dei contenuti e delle conclusioni della perizia e di concordare con gli stessi mediante espressa sottoscrizione all'ultima pagina della perizia (doc. AI 108/33-35). In proposito si deve in effetti ritenere sufficiente non solo la sottoscrizione da parte dei tre periti a pagina 33 della perizia (doc. AI 108/33-35), ma anche l'indicazione riportata dalle dr.sse _____ e _____ secondo la quale "(...) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. (...)". (doc. AI 108/32; cfr. anche la STF 9C_262/2013 del 5 giugno 2013 che ha stabilito che la valutazione globale delle patologie dell'assicurato può anche essere effettuata per via di circolazione). Alla luce della giurisprudenza sopra ricordata e tenuto conto del fatto che, secondo la giurisprudenza federale, la discussione fra gli esperti di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice, il TCA ritiene sufficiente quanto concluso dalle dr.sse _____ e _____ – che, lo si ribadisce, è stato confermato da tutti gli specialisti coinvolti (cfr. le sottoscrizioni con le quali i rispettivi specialisti hanno dichiarato di aver preso conoscenza dei contenuti della perizia e di concordare con gli stessi sub. doc. AI 108/33-35) – secondo cui "(...) le percentuali di incapacità lavorativa per motivi reumatologici e psichiatrici vanno integrate, in quanto entrambe considerano una sindrome del dolore cronico valutato nella sua dimensione globale, psicologica e somatica che rende l'A. più discontinua nel lavoro, maggiormente affaticabile e necessitante di maggiori pause. (...)". (doc. AI 108/31). Il dr. _____ sostiene che il problema sarebbe ortopedico e non reumatologico. Al riguardo va fatto presente che in merito all'allestimento di una perizia ortopedica piuttosto che reumatologica, va rilevato che anche se non ha una specializzazione in ortopedia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico. In questo senso, nella STF 9C_547/2010 del 26 gennaio 2010, il TF ha, tra l'altro, osservato che "(...)"

Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates; dies trifft u.a. auch auf die Orthopädie zu (Urteil 9C_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Weshalb insbesondere der Rheumatologe nicht in der Lage gewesen sein soll, die Rückenbeschwerden des Versicherten kompetent zu beurteilen, ist nicht ersichtlich (...)” (STF 9C_547/2010 del 26 gennaio 2010 consid. 4.1). Quanto, infine, allo scritto del 5 maggio 2014 del dr. _____ indirizzato all’avv. RA 1 (doc. A3) – a prescindere dal fatto che lo specialista non adduce chiaramente e tantomeno documenta per quali ragioni la valutazione del SAM non sia attendibile – , il dr. _____, nell’annotazione del 5 giugno 2014, ha concluso che “(...) l’attuale scritto del dr. _____ in pratica riprende la sua valutazione già espressa nel suo rapporto del 24.5.2011. Nell’attuale scritto non vi sono nuovi elementi clinici. (...)” (IV/bis). Giova inoltre rilevare che nello scritto del 5 maggio 2014 il dr. _____ attesta un’incapacità lavorativa del 50% tenuto conto di un peggioramento dello stato fisico e di entrambe le patologie (fisiche e psichiche) allorquando nel rapporto del 24 maggio 2011 aveva già concluso per la medesima incapacità lavorativa avuto riguardo solo all’aspetto somatico (cfr. doc. AI 53/2-3). In conclusione – ritenute le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti), la differente valutazione del dr. _____ (il quale non si è comunque debitamente confrontato con la perizia del SAM) in punto alla residua esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia; cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) – , rispecchiando la succitata perizia del SAM tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.11) e non essendo provato un peggioramento dopo il mese di giugno 2013 e prima del marzo 2014, a ragione l’Ufficio AI (viste tutte le succitate risultanze mediche) ha ritenuto la seguente evoluzione dell’incapacità lavorativa in un’attività adeguata: IL 30% dal 01.10.2007 al 21.10.2008 IL 100% dal 22.10.2008 al 22.05.2009 IL 30% dal 23.05.2009 al 24.11.2010 IL 40% dal 25.11.2010 in avanti. In questo senso, la domanda subordinata formulata dalla ricorrente di “(...) esperire in sede giudiziaria una perizia ortopedica che permetta di chiarire lo stato di salute dell’assicurata, nonché di procedere ad una corretta ponderazione delle patologie fisiche e psichiche. (...)” (I, punto 23) va respinta. In effetti, 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 non potrebbero più 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. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l’obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti

rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto la ricorrente, lo si ribadisce, fatto salvo lo scritto del 5 maggio 2014 del dr. _____ indirizzato all'avv. RA 1 (al riguardo vedi l'annotazione 5 giugno 2014 del dr. _____ sulla quale non è stata formulata alcuna osservazione scritta; cfr. consid. 1.4) non ha prodotto alcuna documentazione medica che non sia già stata vagliata dai periti del SAM. D'altra parte, per quel che concerne la valutazione della capacità quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire due inchieste domiciliari, la prima il 15 novembre 2010 (doc. AI 52/1-6) e la seconda il 21 gennaio 2014 (doc. AI 112/1-6). Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assi-curata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione domestica, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 23% nell'inchiesta del 15 novembre 2010 (doc. AI 52/6) e del 30% in quella del 21 gennaio 2014 (doc. AI 112/6). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assi-curata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni. Considerato che l'insorgente non ha formulato contestazioni al riguardo e ricordato 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), alle valutazioni dell'assistente sociale va prestata piena adesione, ritenuto in particolare come essa abbia compiutamente valutato le difficoltà e l'esigibilità di ogni singola mansione. Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica infatti unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). Va inoltre rilevato che nelle inchieste economiche in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Conforme alla giurisprudenza (DTF 130 V 97, STF I 126/07 del 6 agosto 2007) è del resto anche la presa in considerazione della ripartizione dei compiti all'interno della famiglia e quindi della collaborazione fornita nella gestione dell'economia domestica da parte dei familiari. In virtù dell'obbligo per l'assicurato di diminuire il danno che scaturisce da un principio generale delle assicurazioni sociali (DTF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3), anche le persone occupate nell'economia domestica devono contribuire, di loro propria iniziativa e in misura ragionevolmente esigibile, al miglioramento della loro capacità al lavoro, segnatamente ripartendo meglio le incombenze e in generale ricorrendo all'aiuto dei familiari nella misura usuale secondo le particolari circostanze (DTF 133 V 504 consid. 4.2; sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). In particolare nella DTF 133 V 504 il TF ha rammentato che se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Il TFA ha inoltre precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (AHI-Praxis 2001 pag. 161 consid. 3c; STFA del 2 febbraio 1999 nella causa M. J. V. e del 17 luglio 1990 nella causa W.), ritenuto che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta – strumento

destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica – è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003). In concreto, il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel consulto del 5 giugno 2013 ha attestato che l'assicurata "(...) come casalinga presenta una incapacità lavorativa nella misura del 30% (...)" (doc. AI 109/10) e gli altri due consulenti, il dr. _____ e il dr. _____, hanno confermato che quale casalinga non vi è alcuna compromissione dal lato somatico (cfr. doc. AI 108/49 e 108/54). Alla stessa conclusione, inabilità complessiva del 30%, è giunta anche l'assistente sociale nella valutazione del 21 gennaio 2014. In questo senso, ribadito che questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle risultanze delle succitate inchieste economiche e che l'assistente sociale ha potuto considerare anche l'aiuto dei famigliari nei lavori che l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica, le valutazioni delle inchieste 15 novembre 2010 e 21 gennaio 2014 vanno confermate.

2.13. Ritenuta la seguente evoluzione della capacità lavorativa in un'attività adeguata: IL del 30% dall'ottobre 2007, IL del 100% dall'ottobre 2008, IL del 30% dal giugno 2009 e IL del 40% dal novembre 2010, occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dalla ricorrente dal profilo economico. Secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2009 e del 2010 visto che – dopo il riconoscimento, incontestato, in base alla media retrospettiva, del diritto ad un quarto di rendita dal 1. ottobre al 31 dicembre 2008 e ad una rendita intera dal 1. gennaio al 31 maggio 2009 – vi è stato un miglioramento (nel maggio 2009) e in seguito un peggioramento (nel novembre 2010) duraturo dello stato valetudinario.

2.13.1. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Conformemente alla succitata giurisprudenza nel 2009 il reddito da valido complessivo per le due attività svolte dall'assi-curata presso l'_____ e il _____ ammonta a fr. 42'191.03. Infatti, per il lavoro presso l'_____ il reddito annuo è di fr. 26'942.50 (2'072.50 per 13 mensilità come indicato dal DL sub doc. AI 56/1) mentre il reddito conseguito presso il _____ è di fr. 15'248.53 (salario orario comprensivo delle vacanze moltiplicato per le 15 ore settimanali e le 48 settimane lavorative aumentato dell'8.33% per la tredicesima, come

indicato dal DL sub doc. AI 57/3: $19.55 \times 15 \times 48$ aumentati dell'8.33% = 15'248.53). Nel 2010 il reddito da valido ammonta invece a fr. 42'685.03 (2'110.50 per 13 mensilità come indicato dall'_____ sub doc. AI 56/1 più fr. 15'248.53 percepiti dal _____ come da succitato calcolo e conformemente alle indicazioni del DL sub doc. AI 57/3).

2.13.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, in assenza di dati salari ali va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11; SVR 2007 UV Nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2009 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido di fr. 52'572.47 (fr. 4'116.-- [dato valido per il 2008] aggiornati al 2009 (aumentati del 2.1%; cfr. la tabella, B10.2 pubblicata in *La Vie économique*, 1/2-2011, pag. 95], riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 1/2-2011, pag. 94] e moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Nel 2010 il reddito da invalido ammonta invece a fr. 52'728.-- (fr. 4'225.-- [dato valido per il 2010] riportati su 41.6 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 10-2013, pag. 90] e moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Considerata l'evoluzione dell'incapacità lavorativa – incapacità lavorativa in un'attività adeguata del 30% dal giugno 2009 e del 40% dal novembre 2010 – e applicata una riduzione del 5% (in correzione della riduzione del 4% applicata nella decisione impugnata, dovuta all'impossibilità di svolgere lavori pesanti (cfr. doc. AI 115/3) e conformemente alla STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 confermata dal TF nella STF

9C_179/2013 del 26 agosto 2013]) il reddito ipotetico da invalido nel 2009 è pari a fr. 34'960.69 (52'572.47 x 70% ridotti del 5%) e nel 2010 a fr. 30'054.96 (52'728.-- x 60% ridotti del 5%). Ritenuti i redditi da valido di fr. 42'191.03 (2009) e fr. 42'685.03 (2010) (cfr. consid. 2.13.1) e quelli da invalido di fr. 34'960.69 (2009) e di fr. 30'054.96 (2010), per la parte di salariata il discapito economico è del 17.13% nel 2009 ($[42'191.03 - 34'960.69] \times 100 : 42'191.03 = 17.13\%$) e del 29.58% nel 2010 ($[42'685.03 - 30'054.96] \times 100 : 42'685.03 = 29.58\%$). Va qui rilevato che la differenza rispetto ai dati ottenuti dall'Ufficio AI nelle tabelle sub doc. AI 64/1 e 115/5 è riconducibile al fatto che l'amministrazione per il calcolo del reddito da invalido ha considerato il grado di occupazione dell'86%. Ora, e lo si ribadisce ancora una volta, determinante per l'accertamento del reddito senza invalidità non è quanto l'assicurato potrebbe ragionevolmente guadagnare in qualità di persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, bensì quanto egli ipoteticamente, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, guadagnerebbe senza danno alla salute (DTF 133 V 504 consid. 3.3 e Pra 1992 no. 224 pag. 877 consid. 4a). In questo senso non può qui essere confermato il calcolo di cui alle succitate tabelle nelle quali è stata considerata la quota parte salariata dell'86% (per un caso in cui questo Tribunale ha dettagliato le ragioni per le quali questo modo di calcolo non può essere applicato cfr. la STCA del 7 febbraio 2011 inc. 32.2010.228 e la giurisprudenza ivi citata). 2.13.3. Posta infine la ripartizione tra attività casalinga (14%) e salariata (86%) (cfr. consid. 2.9) e ritenute le limitazioni, quale casalinga del 23% nel 2009 e del 30% nel 2010 (cfr. consid. 2.12) e, quale salariata, del 17.13% nel 2009 e del 29.58% nel 2010, il grado d'invalidità globale è del 18% nel 2009 ($14 \times 23\% + 86 \times 17.13\% = 17.95\%$ arrotondato al 18% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) e del 30% nel 2010 ($14 \times 30\% + 86 \times 29.58\% = 29.63\%$ arrotondato al 30%). Dopo il miglioramento dello stato valetudinario nel maggio 2009 – infatti, anche se il dr. _____ nella perizia del 14 giugno 2010 (doc. AI 47/1-11) aveva concluso per una capacità lavorativa del 70% in un'attività adeguata dal gennaio 2009, in realtà l'insorgente, come accertato dall'Ufficio AI (cfr. la nota per l'incarto del 10 gennaio 2012 sub doc. AI 61/1), è stata assente dal lavoro al 100% per motivi di salute fino al 22 maggio 2009 e anche il dr. _____, nell'annotazione del 17 gennaio 2012, ha tra l'altro attestato una "(...) IL 100% dal 14.10.2008 fino al 22.5.2009 (per intervento e seguente riabilitazione) (...)" (doc. AI 62/1) – e dopo il peggioramento dell'aspetto psichiatrico nel novembre 2010, il grado d'invalidità non ha più raggiunto il minimo pensionabile del 40% (cfr. consid. 2.3). Considerato anche il calcolo (incontestato) effettuato in base alla media retrospettiva, all'insorgente va riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1. ottobre al 31 dicembre 2008 e ad una rendita intera dal 1. gennaio fino al 31 agosto 2009 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute intervenuto nel maggio 2009 ex art. 88a cpv. 1 OAI). 2.14. Visto tutto quanto precede il ricorso va quindi parzialmente accolto. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 500.-- sono poste per fr. 100.-- a carico dell'Ufficio AI e per fr. 400.-- a carico della ricorrente. Alla ricorrente, patrocinata da un legale, vanno riconosciuti fr. 500.-- a titolo di parziali ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa).