

TI_GERICHTE 32.2014.66 vom 31. März 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-03-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.66

FR: TI_GERICHTE 32.2014.66 du 31 mars 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.66 del 31 marzo 2014

Regeste

Rifiuto di prestazioni in assenza di un grado pensionabile. Metodo di valutazione misto. TCA conferma la decisione dell'amministrazione

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 p. 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 ” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007 con rinvio a DTF 130 V 396 segg. e STFA I 621/05 del 13 luglio 2006). 2.7. Al fine di stabilire il grado d’invalidità, l’Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato all’ 80% la parte dedicata all’attività salariata e al 20% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione, rimasta peraltro incontestata, deve essere confermata da questo Tribunale, ritenuto che l’assicurata, prima del danno alla salute, lavorava in qualità di inserviente presso la _____ di _____ nella misura dell’80%, come comunicato dall’assicurata stessa e come confermato, del resto, dal datore di lavoro (doc. AI 1-1, 16). 2.8. Dal punto di vista medico, ricevuta la domanda di prestazioni nel giugno 2012, valutata la documentazione prodotta dalla richiedente e interpellati i medici curanti, l’Ufficio AI ha ordinato una perizia multidisciplinare a cura del SAM. Dal referto del 29 maggio 2013 risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche di natura psichiatrica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e angiologica (dr. _____) e posto le seguenti diagnosi: " (...) 5 **DIAGNOSI 5.1** Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: **Sindrome lombovertebrale/spondilogenica cronica con/su:**
- avanzata discopatia L5rS1 con piccola ernia focale mediana. Iniziale poliartrosi alle mani, in modo particolare alle articolazioni interfalangee distali/Heberden. Sindrome dell'apertura toracica superiore a ds. più che a sin. (thoracic outlet syndrome, abbreviato con TOS). 5.2 **Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:** Emicrania senz'aura. Sindrome del tunnel carpale bilaterale anamnestic: - non documentabile all'esame ENG. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Pregressa sindrome da disadattamento (ICD-10 F43). Disturbo di personalità dipendente (ICD-10 F60.7). Dislipidemia (ipercolesterolemia). (...)" (doc. AI 48/15) In merito alla capacità lavorativa i periti hanno concluso che dal punto di vista psichiatrico l'assicurata era da considerare abile al lavoro nella misura del 100% in qualsiasi attività (dovendosi unicamente ammettere una totale incapacità lavorativa dal 23 dicembre 2011 al 14 settembre 2012, quindi del 50% e a decorrere dal 1. dicembre 2012 nulla). Dal punto di vista reumatologico, a dipendenza in particolare delle lombalgie croniche, causate dalla discopatia lombosacrale e dei dolori alle

mani, e in parte dei disturbi di sensibilità nelle braccia, riconducibili a una dimostrata sindrome dell'apertura toracica, era riconoscibile un'abilità lavorativa nella misura del 50% come aiuto cuoca (attività fisicamente pesante) e dell'80% in un'attività lavorativa fisicamente più leggera, rispettosa delle limitazioni segnalate dallo specialista e come casalinga. Dal lato neurologico non era per contro riconoscibile alcuna limitazione alla capacità lavorativa in qualsiasi tipo di attività. Dal lato angiologico infine, diagnosticata la diagnosi di TOS a ds. senza riscontro di stenosi emodinamicamente significative e neppure alterazioni ateromasiche o dilatazioni aneurismatiche lungo l'asse succlavio-axillo-brachio-radio-ulnare bilateralmente, è stata attestata una limitazione nell'attività come aiuto cuoca e come casalinga del 50%. In conclusione quindi i periti hanno evidenziato che, ammessa un'inabilità lavorativa completa dal 23 dicembre 2011 al 14 settembre 2012, dal 50% in seguito e sino alla fine di novembre 2012, a dipendenza della problematica psichiatrica, dal 1. dicembre 2012, a dipendenza delle problematiche reumatologica e angiologica, la capacità lavorativa era del 50% come aiuto cuoca (attività durante mezza giornata) e, a motivo della sola patologia angiologica, come casalinga. In un'attività più leggera (rispetto a quella di aiuto cuoca) che le permetta di meglio suddividere gli sforzi, che non richieda particolare sollecitazione per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche o lavori in posizioni troppo statiche) né lo svolgimento di sforzi maggiori con le braccia, l'assicurata era invece da considerare abile nella misura dell'80% (presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto) a dipendenza delle patologie reumatologiche, mentre che a dipendenza della problematica angiologica in una simile attività leggera, non comportante sforzi maggiori con le braccia, l'abilità è da considerare piena, ritenuto come in futuro non era possibile escludere un miglioramento grazie ai trattamenti proposti dall'angiologo (doc. AI 48/16-21). Con rapporto finale 11 giugno 2013 la dr.ssa _____ del SMR ha avallato la perizia multidisciplinare (doc. AI 49). L'Ufficio AI – predisposta un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica che ha concluso per limitazioni complessive dell'ordine del 49.5% (doc. AI 51-7; cfr. al consid. 2.13 che segue), ed effettuato il confronto dei redditi – mediante progetto di decisione del 13 dicembre 2013 ha concluso che, stante una capacità lavorativa nell'attività abituale quale aiuto cuoca dello 0% dal 23 dicembre 2011 al 14 settembre 2012 e in seguito del 50%, e in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute dello 0% dal 23 dicembre 2011 al 14 settembre 2012, del 50% in seguito e fino al 30 novembre 2012 e dell'80% dal 3 dicembre 2012, ammesso un grado di invalidità del 18% per la parte salariata e del 49.5% come casalinga, ne risultava un grado di invalidità complessivo del 24%, insufficiente per conferirle il diritto a prestazione dell'AI (doc. AI 53). In sede di osservazioni l'assicurata ha prodotto un certificato 8 gennaio 2014 del dr. _____, reumatologo curante dell'assicurata, il quale ha posto le seguenti diagnosi: " (...) • Sindrome cervico-spondilogenica cronica su: incipiente osteocondrosi C4-C6 • Sindrome lombo-spondilogenica cronica su: osteocondrosi, piccola ernia discale mediale L5-S1 • Incipiente artrosi alle dita delle mani • Sindrome ansioso-depressiva • Sindrome del tunnel carpale bilaterale • Sindrome Fibromialgica secondaria a patologia rachidea • sindrome della fossetta sovraclaveare (doc. 54) e concluso escludendo che l'assicurata potesse intraprendere un'attività lavorativa all'80%, riuscendo essa a fatica a mantenere un tasso di capacità lavorativa del 50% (doc. AI 54-3). Ha quindi fatto pervenire anche i rapporti relativi a una risonanza magnetica effettuata il 13 gennaio 2014 (doc. AI 58-3), a

una capillaroscopia periungueale del 21 gennaio 2014 (doc. AI 50-4) oltre a un referto del 27 novembre 2013 del dr. Karau, neurologo (doc. AI 58-5). Detta documentazione è stata inviata al SAM, il quale, con presa di posizione del 12 marzo 2014, interpellati gli specialisti interessati, ha in sostanza concluso che gli atti medici non apportavano alcuna modifica alla perizia del 29 maggio 2013, confermando quindi la capacità lavorativa del 50% come aiuto cuoca e casalinga e dell'80% in un'attività adeguata (doc. AI 64-3). Di conseguenza, mediante la decisione impugnata del 31 marzo 2014, l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni con le seguenti motivazioni: " (...) Esito degli accertamenti Lei dedica l'80% del tempo giornaliero all'attività lavorativa mentre è casalinga per il restante 20%. Secondo la documentazione medica esaminata dal servizio medico regionale dell'AI si determina che l'attività abituale quale aiuto cuoca è proponibile in misura del: 0% dal 23.12.2011 al 14.09.2012 50% dal 15.09.2012 e continua, mentre in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute la capacità lavorativa medico teorica è del: 0% dal 23.12.2011 al 14.09.2012 50% dal 15.09.2012 al 30.11.2012 80% dal 03.12.2012 e continua. Il datore di lavoro ci ha comunicato che ha ripreso la sua attività abituale in misura del 50% a partire dal 03.12.2012. Quota parte salariata Salario da valido Nella sua attività di aiuto cuoca, per l'anno 2012, lei avrebbe potuto percepire un salario annuo di CHF 40'342.- (fonte: questionario del datore di lavoro del 20.08.2012 aggiornato al 2012). Salario da invalido Attività abituale Nella sua professione di aiuto cuoca al 50% ne risulta un salario annuo di CHF 25'213.75. Attività adeguata A seguito della sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La nuova giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica nel 2012 lei avrebbe potuto realizzare un salario mensile di CHF 4'300.95 (categoria 4.2: attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41.7 ore esso ammonta a CHF 4'483.75 mensili oppure a CHF 53'804.90 per l'intero anno. Si ritiene opportuno effettuare una riduzione del 20% per motivi medico-teorici e del 4% per attività leggera. Ne risulta un reddito da invalido di CHF 33'057.75 . Il minor discapito economico è dato in attività adeguata e viene quindi utilizzato questo dato per fare il calcolo della capacità di guadagno residua. Grado d'invalidità 40'342 - 33'058 x 100 = 18% 40'342 Quota parte casalinga Dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica esperita a domicilio risulta che l'impedimento nello svolgere le mansioni di casalinga è pari al 49,5% come meglio esemplificato nella tabella sottostante. " Attività " Importanza assegnata " Impedimenti " 0% " Invalidità " 0% " Pianificazione, organizzazione, ri- partizione del lavoro, controllo " 5% " 0% " 0% " Preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve " 35% " 50% " 17,5% " Rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti " 20% " 70% " 14% " Spesa, acquisti, pagamenti, tratta- tive assicurazioni, rapporti ufficiali " 10% " 30% " 3% " Lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia " 20% " 60% " 12% " Cura dei bambini compresi educa- zione, attività comuni, compiti " 10% " 30% " 3% Grado d'invalidità Per concludere, tenuto conto della ripartizione delle due attività (salariata-casalinga), si ottiene il seguente grado AI: Attività Quota parte Limitazione Grado d'invalidità parziale Salariata 80% 18% 14% Casalinga 20% 49.5% 10% Grado d'invalidità 24% Un grado d'invalidità inferiore al 40% non giustifica il diritto ad una rendita AI. Considerati tutti gli

elementi che l'esame del caso ha messo in luce, non si ritiene che la residua capacità di guadagno possa essere apprezzabilmente migliorata mediante provvedimenti reintegrativi di ordine professionale. Su esplicita richiesta scritta da parte sua si rimane a disposizione per valutare la possibilità di attivare il nostro servizio di collocamento. (...)" (doc. AI 66/1-3)

Di fronte al TCA l'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione medica che dimostrerebbe a suo dire un'inabilità lavorativa superiore e il peggioramento delle sue condizioni, segnatamente quattro certificazioni del dr. _____ oltre a un rapporto relativo a una RM eseguita l'11 settembre 2014 (doc. E, I, H, G, P). 2.9. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i 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). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in:

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum 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). Infine, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001, DTF 130 V 352 e STFA I 384/04 del 23 settembre 2004). 2.10. Nell'evenienza concreta, questo TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurata sia stato approfonditamente vagliato dai periti del SAM e non ha motivo per mettere in dubbio la dettagliata e convincente valutazione multidisciplinare. Più precisamente, per quel che concerne la problematica reumatologica, la ricorrente è stata valutata dal dr. _____, il quale ha rilevato che l'assicurata presentava già da anni disturbi-dolori al sistema locomotorio di origine verosimilmente multifattoriale, ritenuto come non fosse comunque mai stato possibile accertare la presenza di una patologia infiammatoria sistemica e neppure una malattia dismetabolica, in presenza invece di una leggera sindrome del tunnel carpale bilaterale e sindrome dell'apertura toracica superiore. All'esame clinico non è nemmeno stato possibile confermare un quadro fibromialgico, ma unicamente leggeri dolori alla palpazione della muscolatura cervicocapolare e del passaggio lombosacrale. Lo specialista ha rilevato che le radiografie convenzionali e la MRI avevano potuto unicamente evidenziare una discopatia a livello L5-S1 e iniziali segni per un'artrosi di Heberden, non invece discopatie. I disturbi di sensibilità nelle braccia erano riconducibili a una dimostrata sindrome dell'apertura toracica. Alla luce di queste diagnosi lo specialista, ritenendo comunque la prognosi valetudinaria favorevole, ha valutato l'assicurata abile al lavoro nella misura del 50% come aiuto cuoca (attività fisicamente pesante), nella misura dell'80% invece per un'attività lavorativa fisicamente più leggera, che le permetta di meglio suddividere gli sforzi, che non richieda particolare sollecitazione della colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetitivi di flessione-estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche o lavori in posizioni troppo statiche) e per

quanto riferito alla sindrome dell'apertura toracica superiore che non necessita il mantenimento prolungato delle braccia sollevate al di sopra dell'orizzontale, così pure come casalinga. Il consulente ha consigliato l'esecuzione regolare di fisioterapia e ginnastica medica. Per quanto riguarda invece il consulto neurologico, il dr. _____ ha negato la presenza di diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, descrivendo un esame neurologico normale, con una sindrome del tunnel carpale non rilevante e non idonea a limitare la capacità lavorativa. Anche le cefalee erano da ritenere solo raramente limitanti le attività quotidiane con impatto sulla capacità lavorativa trascurabile. Dal lato psichiatrico, la ricorrente è stata valutata dal dr. _____, che nella descrizione dello status psichico ha rilevato che la quota d'ansia libera era lieve, lievi disturbi del sonno. Poste le diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4), stato dopo sindrome da disadattamento (F43) e disturbo di personalità dipendente (60.7), ha rilevato che la sindrome da disadattamento con aspetti depressivi – da ricondurre alla rottura definitiva con il marito e presentatasi nel corso del 2011-2012, e che aveva comportato una totale incapacità lavorativa dal 23 dicembre 2011 sino al 14 settembre 2012 (secondo i certificati del dr. _____) e in seguito del 50% sino al 30 novembre 2012, dal 1 dicembre 2012 – era totalmente ridimensionata e non più presente con una conseguente totale capacità lavorativa in qualsiasi tipo di attività. Per lo specialista la sindrome somatoforme da dolore persistente non adempiva i criteri di Förster in quanto non era presente una considerevole comorbidità psichica, non appariva sufficientemente incisiva e resistente al trattamento classico per tale sindrome e non comportava nella persona una notevole ripercussione sulla vita sociale e individuale. In conclusione, dal punto di vista psichiatrico l'assicurata era da ritenere abile al lavoro nella misura totale. Ha concluso raccomandando all'assicurata di continuare il trattamento psicoterapico-psicofarmacologico a lungo termine in quanto si constata una certa vulnerabilità psichica data dal disturbo dipendente di personalità. Con specifico riferimento alla diagnosi di sindrome somatoforme, va detto 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 136 V 281 consid. 3.2.1 e 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959 e 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'insuccesso 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 e I 870/02 del

aprile 2004 ; Pratique VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, p. 76 segg. e 80 segg.). Nella fattispecie, come detto, tali criteri non risultano adempiuti. Il dr. Jaime ha in effetti concluso che il quadro somatoforme non è in comorbidità con una condizione fisica e/o psichica di patologia di rilievo tale da produrre una rilevante ripercussione sulla capacità lavorativa del soggetto e il quadro somatoforme da dolore cronico si collocava in una dimensione in cui, riferendosi ai criteri di Förster, non era presente una considerevole comorbidità psichica, non appare sufficientemente incisiva e resistente al trattamento classico per tale sindrome e non comportava nella persona una notevole ripercussione sulla vita sociale e individuale. Infine, dal punto di vista angiologico, effettuati gli opportuni accertamenti (esame doppler e pletismografia agli arti superiori e test di provocazione, esame duplex arterioso agli arti superiori bilateralmente), è stata confermata la presenza di una TOS a destra “ senza riscontro di stenosi emodinamicamente significative e neppure alterazioni ateromasiche o dilatazioni aneurismatiche lungo l'asse succlavio-axillo-brachio-radio-ulnare bilateralmente ” ed è stata posta l'indicazione a effettuare, oltre che fisioterapia, una rivalutazione iconografica, successivamente chirurgica ed eventualmente un intervento di resezione della prima costa da parte di un chirurgo con esperienza in tale ambito. A dipendenza di tale sindrome l'assicurata risultava limitata nel sollevamento di pesi con la mano destra, ragione per cui lo specialista ha riconosciuto una limitazione del 50% come aiuto cuoca e come casalinga, ritenuto come il sollevamento delle braccia anche solo a 90° comportasse la comparsa di una sintomatologia caratterizzata da disestesie con formicolio e senso di addormentamento alle mani, soprattutto a ds. con associata debolezza all'arto superiore ds. Alla luce di questi singoli consulti, da considerare approfonditi e ben motivati, effettuata una discussione plenaria tra i vari specialisti, il SAM ha concluso che a dipendenza delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ Sindrome lombovertebrale/spondilogenica cronica con/su avanzata discopatia L5rS1 con piccola ernia focale mediana, Iniziale poliartrosi alle mani, in modo particolare alle articolazioni interfalangee distali/Heberden, Sindrome dell'apertura toracica superiore a ds. più che a sin. (thoracic outlet syndrome, abbreviato con TOS)” , dal 3 dicembre 2012 doveva essere riconosciuta una capacità lavorativa del 50% (attività durante mezza giornata) come aiuto cuoca (ripresa dell'attività lavorativa) e come casalinga (a dipendenza delle limitazioni poste dalla problematica reumatologica e angiologica). Tuttavia, in un'attività leggera adatta, rispettosa delle limitazioni poste dal reumatologo e dall'angiologo, segnatamente che evitino sforzi maggiori con le braccia, sempre dal 3 dicembre 2012 la capacità lavorativa era da considerare dell'80% (presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto). Precedentemente, a causa della patologia psichiatrica, l'assicurata aveva presentato una capacità lavorativa dello 0% dal 23 dicembre 2011 al 14 settembre 2012 e successivamente al 50% sino al 30 novembre 2012. 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 (cfr. 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 (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità 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, pp. 43-45, 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 (cfr. anche STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; 8C_245/2012 del 9 aprile 2013). 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, dando altresì atto di aver esaminato, tramite una discussione collegiale, la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati dai vari profili somatici sulla capacità lavorativa residua globale della ricorrente (doc. AI 48-21segg). In proposito si deve in effetti ritenere sufficiente non solo la sottoscrizione da parte dei quattro periti a pagina 23 della perizia, ma anche l'indicazione riportata al punto 10 della perizia, suffragata dalla sottoscrizione dei periti interessati, a proposito di un'avv enuta "esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM" circa le conclusioni peritali (doc. AI 48-21; cfr. 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). 2.11. A tali conclusioni, fatte proprie anche dal SMR (doc. AI 50), si deve aderire, ritenuto altresì come l'approfondita valutazione del SAM non è stata validamente smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento delle condizioni successivo alla perizia del SAM (e entro la data della decisione contesta). Innanzitutto, in sede di procedura amministrativa, l'assicurata aveva prodotto un certificato dell'8 gennaio 2014 del dr. _____, il referto di una RM eseguita il 13 gennaio 2014 concludente per "sindrome dello sterito toracico superiore a dx con lieve stenosi della a. succlavia dx, reperto visibile solo nella posizione con braccia sollevate. Linfonodi aspecifici laterocervicali, specie a dx" (doc. AI 58-3), un rapporto angiologico riassuntivo del 21 gennaio 2014 concludente per "Capillaroscopia compatibile con connettivite relativamente attiva" (doc. AI 58-4), oltre ad un certificato del 27 novembre 2013 del dr. _____, neurologo (doc. AI 58-5,7). Nella sua certificazione il dr. _____ ha in sostanza contestato le conclusioni dell'amministrazione ritenuto come l'assicurata "a fatica" riusciva a mantenere un tasso di capacità lavorativa del 50% (doc. AI 54-3). Sentito il medico SMR, l'amministrazione ha quindi sottoposto queste certificazioni al SAM, il quale, con uno scritto 12 marzo 2014, ha fatto pervenire le prese di posizione dei periti dr. i _____, _____, _____ e _____, i quali hanno sostanzialmente osservato come dall'esame dei certificati non emergesse alcun elemento nuovo rispetto a quanto già valutato durante la perizia, riscontrando sostanzialmente uno stato di salute della paziente invariato e ribadendo quindi le conclusioni espresse al

momento della perizia (doc. AI 64). In particolare il SAM ha esposto: " (...) Dr. med. _____ "(...) Il 25.11.2013 l'A. è stata valutata dal Dr. _____, specialista FMH neurologia: riprende i dati anamnestici con parestesie alle braccia presenti da 8-9 anni e a volte cervicalgie. Descrive lo stato neurologico, praticamente normale. Anche un esame elettroencefalografico dei nervi ulnare e mediano a destra è risultato normale, pure normale un esame elettromiografico nei muscoli abduktore breve del pollice destro, del I interosseo dorsale destro e del muscolo estensore comune delle dita e brachioradiale a destra. Nella sua valutazione conferma dunque uno stato neurologico del tutto normale compresi gli esami elettrofisiologici; sospetta però, sulla base dell'apparizione all'elettromiografia di scariche ripetitive d'alta frequenza ai muscoli intrinseci della mano posizionando l'arto superiore destro in una posizione che evoca parestesie, una possibile compressione del plesso brachiale inferiore e cioè una sindrome dell'apertura toracica superiore senza che però questa provochi un danno chiaramente permanente. Propone perciò una valutazione radiologica. L'A. è stata sottoposta a RM del plesso brachiale (16.01.2014) dove si riscontra una lieve stenosi a livello dell'arteria subclavia destra esclusivamente nella posizione con braccia sollevate. Il Dr. _____, spec. FMH reumatologia, riassume dunque questi dati ritenendo giustificata un'incapacità lavorativa maggiore del 20% stabilita in occasione della valutazione pluridisciplinare. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici si conferma dunque l'assenza di reperti clinici oggettivi e cioè deficit agli arti superiori, il Dr. _____ descrive infatti uno stato neurologico assolutamente normale, come già avevo constatato in occasione della valutazione pluridisciplinare del 09 aprile 2013. L'unico elemento ev. nuovo è costituito dai formicolii che appaiono esclusivamente in posizioni particolari delle braccia. Il reperto elettromiografico descritto di per sè non costituisce un elemento invalidante in assenza di deficit neurologici. Anche la RM mostra esclusivamente una lieve compressione dell'arteria subclavia quando la paziente mantiene le braccia in posizione sollevata sopra l'orizzontale. Non ritengo dunque che questi elementi portino a dover modificare la valutazione neurologica del 09.04.2013." (...) Dr. med _____ "dalla lettura di tali atti non emergono sostanziali novità dal profilo angiologico. Ribadiamo pertanto la nostra precedente presa di posizione, confermando dal punto di vista angiologico un'invalidità lavorativa del 50% come aiuto cuoca" Dr. med. _____ "(...) Nelle diagnosi da lui riferite non rilevo patologie significative che possano modificare la mia posizione espressa nella valutazione peritale del 02.04.2013. Le patologie cervicali, confermate pure ad una MRI eseguita il 13.01.2014, sono da considerare solo modiche, non tali da limitare ulteriormente la già attestata incapacità lavorativa. Per quanto concerne la diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica si conferma la già descritta discopatia a livello L5-S1. La diagnosi di incipiente artrosi alle dita delle mani è già stata da me presa in considerazione, così come la diagnosi di sindrome del tunnel carpale e la sindrome dell'apertura toracica superiore. Il dr. _____ descrive una sindrome secondaria del dolore cronico a catena di tipo fibromialgico, da me non rilevata, ma non tale da influenzare maggiormente la sua incapacità lavorativa. Desidero unicamente sottolineare l'esame di capillaroscopia periungueale eseguito dal dr. _____, che avrebbe evidenziato un quadro compatibile con una connettivite. A questo proposito sottolineo come la paziente non presenti altre patologie osteo-articolari compatibili con una simile diagnosi e come gli esami di laboratorio non abbiano mai evidenziato segni per una collagenosi. In conclusione, non ritengo di dover modificare la mia valutazione espressa nel rapporto peritale dell'aprile 2013." Concludendo, gli atti inviatici non apportano modifiche alla nostra valutazione SAM espressa nella nostra perizia del 29.5.2013. Confermiamo la capacità lavorativa del 50%

come aiuto cuoca e casalinga e dell'80% in un'attività adatta rispettosa dei limiti funzionali descritti nella nostra perizia." (doc. AI 64/1-3) Questa Corte deve senza riserve aderire, anche su questo punto, alle conclusioni dei periti del SAM, supportate da motivazioni pertinenti basate su una valutazione approfondita del caso, ribadite in ogni modo le riserve che si impongono, secondo la giurisprudenza, in materia di valutazione di certificati dei medici curanti (anche se specialista; cfr. sopra consid. 2.9). Premesso 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), tali attestazioni non permettono di distanziarsi dalle conclusioni del SAM, con le quali peraltro il dr. _____ nemmeno approfonditamente si confronta, osservato peraltro che le valutazioni del curante configurano essenzialmente delle conclusioni diverse in punto alla valenza invalidante del medesimo quadro clinico e patologico. Di fronte al TCA la ricorrente ha prodotto ulteriore nuova documentazione medica, segnatamente certificazioni del dr. _____ del 9 aprile, 1. ottobre e 12 novembre 2014, con le quali egli in sostanza rielenca le varie patologie di cui è affetta l'assicurata e nuovamente contesta le conclusioni della perizia SAM, sostenendo come l'assicurata sia inabile al lavoro in misura maggiore. Il curante allega inoltre un referto relativo ad una RM effettuata l'11 settembre 2014 che ha concluso che " con le braccia su si evidenzia una compressione della vena succlavia tra la I costa e la clavicola (TOS venoso), con reperti restanti nella norma" (doc. I). Il curante ha sottolineato che a suo dire sarebbe impensabile che la paziente possa sopportare un carico lavorativo dell'80% ribadendo che il massimo carico sopportabile e, a fatica, è il 50% nella sua attività di aiuto cucina. Nella certificazione del 9 aprile 2014 il curante elenca le medesime diagnosi elencate nella precedente certificazione del 8 gennaio 2014 (cfr. sopra al consid. 2.8 in esteso; doc. AI 54) oltre quelle di " Thoracic outlet syndrome a destra (recentemente è stata confermata come sindrome del dotto toracico con ostruzione a braccio elevato inferiore al 50% ma ben visibile) e Capillaroscopia suggestiva per una forma sclerodermica " (doc. E). Il medico SMR ha in proposito con pertinenza osservato che le due "nuove patologie", erano state debitamente valutate già in occasione della perizia SAM (segnatamente dal dr. _____) e della successiva presa di posizione dei periti del 12 marzo 2014 (doc. IV/bis). Nel successivo certificato del 1. ottobre 2014 il curante ha in sostanza rielenca le predette diagnosi, riassumendo pregressi dati diagnostici già noti e sottolineando come la RM eseguita l'11 settembre 2014 avesse confermato la positività del test di Adson all'arto superiore sinistro, confermando il radiologo che " quando la paziente alza le braccia, l'esame evidenzia una compressione della vena succlavia tra la prima costa e la clavicola" . Secondo il curante quindi " anche l'esigibilità espressa deve tenere conto di questa importante limitazione che oggi è oggettivata " (doc. H). Ora, a prescindere dal fatto che tale documentazione, segnatamente il referto relativo alla RM, non potrebbe comunque venir considerata in questa sede in quanto si riferisce a valutazioni dell'11 settembre 2014 rispettivamente 1. ottobre 2014 e, quindi, di epoca successiva alla decisione contestata del 31 marzo 2014 (la quale delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 75/05 del 23 giugno 2005; C 43/00 del 30 settembre 2002), anche con riferimento a tali certificazioni, sulla base anche delle osservazioni formulate in data 21 ottobre 2014 dal medico SMR dr. _____ (doc. XIV), bisogna osservare che le stesse non apportano alcun elemento nuovo, segnatamente diagnostico, che non sia già stato considerato e approfondito dal SAM in occasione della perizia del 29

maggio 2013 o nel complemento del 12 marzo 2014. Con specifico riferimento alla patologia di TOS venoso in effetti la stessa già era stata considerata e accertata dal dr. _____ in sede di valutazione peritale del 26 marzo 2013, in occasione della quale proprio a dipendenza di tale affezione lo specialista in angiologia aveva concluso per una limitazione della capacità lavorativa del 50% nell'attività di aiuto cucina e come casalinga a motivo delle limitazioni nel sollevare pesi con le braccia al di sopra dei 90° (doc. AI 48-43). Si rilevi piuttosto che il quadro descritto non appare peggiorato rispetto all'epoca della perizia SAM, ma semmai, a detta del curante, migliorato. Infine, nella certificazione del 12 novembre 2014, il curante, ha nuovamente elencato le diagnosi note sottolineando come la diagnosi di TOS venoso fosse stata adesso confermata da un esame angiografico RMN, concludendo affermando: " (...) E' impensabile che la paziente possa sopportare un carico lavorativo dell'80% e si ribadisce che il massimo sopportabile e a fatica, come carico lavorativo è il 50%. Chiaramente è proprio il tipo di attività che condiziona tale percentuale. Paradossale è la valutazione di capacità lavorativa determinata per i lavori di casa in cui la paziente è giudicata inabile al lavoro nella misura del 49,5% e la differenza per la capacità lavorativa sul luogo di lavoro in cui è considerata inabile nella misura del 18%, In base alla descrizione dell'attività fornita dalla paziente, risulterebbe più pesante l'attività lavorativa sul luogo del lavoro che a domicilio. La valutazione è risultata solo da ispezione domiciliare e non sul luogo di lavoro. Tornando alla limitazione descritta inizialmente, "per la sindrome dell'apertura toracica superiore l'assicurata è limitata in lavori che necessitano il mantenimento prolungato delle braccia sollevate al di sopra dell'orizzontale" "non può fare sforzi maggiori con le braccia", la limitazione al sollevamento dell'arto superiore sinistro deve diventare assoluta e, oltre alla limitazione determinata dalla sindrome dell'apertura toracica superiore, sempre agente sugli arti superiori, bisogna aggiungere la ulteriore limitazione determinata dalle altre patologie segnalate, in particolare • PSO spalle scosciante, • sindrome miofasciale diffusa e • cervicoartrosi protrusiva con alterata motilità della colonna cervicale. " (doc. P) Con annotazioni 24 novembre 2014 il dr. _____ del SMR ha ritenuto che tale certificazione non oggettivasse elementi che comportassero una modifica della dettagliata valutazione eseguita dal SAM e che permettesse quindi di discostarsi dalla stessa (doc. XVIII/bis). Ora, tutto ben valutato, questa Corte deve aderire alle conclusioni tratte dal medico del SMR, supportate da motivazioni pertinenti basate su una valutazione approfondita del caso. In effetti, il curante - che peraltro non si confronta con il contenuto della perizia SAM - non fa in definitiva altro che riesporre la situazione clinica della paziente, confermando sostanzialmente le diagnosi poste dal SAM, pur traendo una conclusione circa la conseguente inabilità lavorativa che parzialmente si scosta dalla perizia. Si deve nuovamente rilevare che il nuovo reperto radiologico altro non fa se non confermare una diagnosi (quella di TOS venoso) già ampiamente nota e considerata dal SAM nella definizione delle limitazioni alla capacità lavorativa con riconoscimento di un impedimento funzionale adeguato. Quanto poi alle critiche circa le conclusioni sul grado di incapacità lavorativa, si deve rilevare che il curante in definitiva unicamente sembra riferirsi all'attività esercitata dall'assicurata quale aiuto cuoca (con riferimento alla quale anche il SAM ha posto una limitazione dell'ordine del 50%), tralasciando di considerare che la capacità lavorativa dell'80% indicata dai periti è invece riferita ad attività leggere adatte e rispettose delle limitazioni elencate dal perito reumatologo. Del resto è proprio il dr. _____ che afferma che " Chiaramente è proprio il tipo di attività che condiziona tale percentuale ". Laddove infine il curante adduce che " oltre alla limitazione determinata dalla sindrome dell'apertura toracica superiore,

sempre agente sugli arti superiori è opportuno aggiungere l'ulteriore limitazione determinata dalle altre patologie segnalate" (doc. P), basti rilevare che la valutazione della capacità lavorativa operata dal SAM si è fondata su una valutazione complessiva dei vari impedimenti derivanti dalle diverse patologie. Rilevato quindi come le conclusioni del dr. _____ siano sostanzialmente riconducibili agli stessi disturbi evidenziati anche dalla perizia SAM e configurino essenzialmente delle deduzioni diverse in punto alla valenza invalidante del medesimo quadro clinico e patologico, ricordata nuovamente la dianzi citata giurisprudenza in materia di valutazione da parte dei medici curanti (consid. 2.9), la differente valutazione del curante 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) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su concordanti e convincenti pareri specialistici. In realtà nel suo ricorso l'assicurata contesta le conclusioni dell'amministrazione senza confrontarsi con le conclusioni dei periti SAM nè del resto apportare, come detto, elementi sufficienti e idonei a precisare in cosa consisterebbe la pretesa maggiore inabilità rispetto a quella accertata dalla perizia. In sintesi la ricorrente non fa quindi valer alcuna argomentazione che consenta a questa Corte di dipartirsi dalle conclusioni della perizia SAM e del successivo complemento del 12 marzo 2014 (doc. AI 48, 64), le quali risultano dettagliate, coerenti e prive di contraddizioni né fa valere l'esistenza di altre affezioni che non siano già state attentamente vagliate dai periti del SAM. In conclusione, rispecchiando la perizia SAM del 29 maggio 2013 (e relativo complemento del 12 marzo 2014) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.9) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto dopo la resa della perizia e prima della decisione contestata del 31 marzo 2014 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2), a ragione l'Ufficio AI – sulla base anche del parere del medico SMR (cfr. doc. AI 50, doc. IV/bis e XIV; sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.6), e richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), segnatamente se del caso cambiando professione – ha ritenuto che da dicembre 2012 la ricorrente è da considerare abile al 50% nella sua attività di aiuto cuoca e come casalinga e all'80% in un'attività leggera adatta. Inoltre, se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, di modo che la richiesta di esecuzione di ulteriori esami medici non

appare giustificata (sul tema dell'apprezzamento anticipato delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 211 con rinvii). 2.12. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità per la parte d'attività salariata mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. Visto che l'assicurata presenta, dal dicembre 2012, secondo la valutazione pluridisciplinare del SAM e dei rapporti finali del SMR (doc. AI 48, 50) (che, per i motivi esposti ai precedenti considerandi, va confermata) una capacità lavorativa del 50% nella sua attività abituale di aiuto cucina e dell'80% in attività leggere confacenti, ella meglio può, conformemente all'obbligo di ridurre il danno, mettere a frutto la residua capacità lavorativa in un'attività adeguata compatibile con le limitazioni poste dai periti in reumatologia e angiologia. Tali attività permettono in effetti di sfruttare al meglio la sua capacità di guadagno residua. Rettamente quindi l'Ufficio AI ha preso in considerazione il corrispondente reddito, raffrontando il salario percepito nella sua professione di aiuto cuoca con il salario ottenibile in un'attività leggera adeguata. 2.12.1 Per quel che concerne il reddito da valida, l'Ufficio AI ha preso in considerazione i fr. 40'006.-- di salario che la ricorrente percepiva da sana nel 2011 per la sua attività salariata al 80% (cfr. questionario datore di lavoro del 16 agosto 2012 in doc. AI 16), aggiornando tale dato al 2012 a fr. 40'342.-- (cfr. doc. AI 52). 2.12.2. Per quel che concerne il reddito da invalida, 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/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente

conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel caso di specie, conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2010) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione semplice e ripetitiva che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.) per un reddito mensile ipotetico di fr. 4'300.95.-- dopo aggiornamento al 2012 (cfr. la tabella, B10.2 pubblicata in La Vie économique, 1/2-2011, p. 95). Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2011, p. 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), il salario corrisponde a fr. 53'804.90.-- per l'intero anno e per un impiego a tempo pieno. L'amministrazione, tenuto conto di una capacità lavorativa ridotta del 20% da un lato (fr. 53'804.91 – 20% pari a fr. 43'043.93) e della quota parte di salariata dell'80% dall'altro (43'043.93 – 20% pari a fr. 34'435.14), e riconosciuta una riduzione del reddito per attività leggere (4%), ha stabilito un reddito da invalida di fr. 33'057.75 (34'435 – 4%; cfr. doc. AI 52). Dal raffronto dei redditi ha quindi determinato un grado d'invalidità del 18% ($40'342 - 33'058 \times 100 : 40'342$). Tale calcolo non può essere confermato, ma va corretto come segue. Innanzitutto l'Ufficio AI dopo aver - di per sé correttamente - applicato i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 per determinare il reddito da invalida, di fr. 53'804, l'ha dapprima ridotto in base alla percentuale di esigibilità lavorativa stabilita dal SAM (20%) e poi ulteriormente della percentuale di lavoro svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute (80%, quindi meno 20%) ottenendo fr. 34'435.--. Quest'ultima deduzione non è corretta. In effetti, come fatto presente in diverse precedenti sentenze (cfr. STCA 32.2010.228 del 7 febbraio 2011; 32.2009.200 del 7 luglio 2010 consid. 2.21; cfr. anche STCA 32.2014.61 del 25 febbraio 2015; cfr. anche DTF 133 V 504 consid. 3.3 e Pra 1992 no. 224 p. 877 consid. 4a), va evidenziato che nella STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008 (pubblicata in RtiD I-2009, p. 255) il Tribunale federale ha sottolineato che nel raffronto dei redditi, in applicazione del metodo misto, occorre confrontare quanto l'assicurata avrebbe potuto guadagnare nella sua attività esercitata a tempo parziale, con quanto può conseguire in attività adeguate al suo stato di salute. Il risultato così ottenuto va poi rapportato alla quota parte in attività salariata. Anche nella STF 9C_313/2007 dell'8 gennaio 2008 il TF, poste le quote parti del 60% come salariata e del 40% come casalinga e stabilita una limitazione del

52% in attività domestiche e un grado di incapacità lavorativa del 100% nell'attività salariata, è giunto, dopo avere rapportato tali limitazioni alla rispettiva quota parte, ad un grado di invalidità globale dell'81% ($[60 \times 100\%] + [40 \times 52\%]$), attribuendo all'assicurata una rendita intera di invalidità. Pertanto, il reddito da invalido stabilito secondo i dati statistici deve essere ridotto dapprima in base alla percentuale di esigibilità lavorativa stabilita dalla perizia SAM (in casu 80%), poi della eventuale percentuale stabilita per tener conto delle circostanze specifiche del caso concreto (in concreto 4% secondo il rapporto del consulente professionale; su tale deduzione cfr. tuttavia di seguito). È solo successivamente (e cioè al momento del calcolo complessivo), come verrà esposto in seguito, che si tiene conto della quota parte relativa all'attività salariata (in casu dell'80%). D'altra parte, in relazione alla riduzione del 4% operata sul reddito statistico, deve essere osservato che la giurisprudenza di questo Tribunale (cfr. STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, confermata dal TF con ST 9C-179/2013 del 26 agosto 2013; cfr. anche STCA 32.2012.265 del 11 giugno 2013) ha osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale. In concreto dunque, ritenuto che l'Ufficio AI ha considerato un fattore di riduzione (attività leggera) nella misura del 4%, per quanto esposto la riduzione dovrebbe ammontare al 5%. Ora, procedendo secondo le suesposte, corrette, modalità di calcolo, il grado di invalidità per la parte salariata risulta nullo. Considerando in effetti il reddito statistico da invalida di fr. 53'804.--, stabilito come detto correttamente in base alla tabella di riferimento TA1, lo stesso va dapprima ridotto in base alla percentuale di residua capacità lavorativa stabilita dalla perizia SAM (80%) ottenendo un reddito di fr. 43'043.--, al quale va ulteriormente applicata una riduzione del 5% (in correzione della riduzione del 4% applicata nella decisione impugnata) per un reddito ipotetico da invalida di fr. 40'891.75 ($53'804.90 \times 80\%$ ridotti del 5%). Ora, tale salario supera il reddito da valida dell'interessata, di fr. 40'342 (cfr. consid. 2.12.), escludendo quindi un discapito economico e, quindi, un'incapacità al guadagno. Con riferimento alla contestazione circa la deduzione del 4% che la ricorrente giudica insufficiente, va detto che ai fini della valutazione complessiva del grado di invalidità globale (cfr. consid. 2.14) il risultato muterebbe in maniera trascurabile applicando, per ipotesi di lavoro, la riduzione massima possibile del 25% sul salario statistico teorico, per tener conto di eventuali specifiche circostanze del caso concreto (cfr. DTF 126 V 75), in luogo della riduzione del 4% ammessa dall'amministrazione e di quella del 5% applicata dal TCA. In effetti in questa variante il salario da invalida sarebbe da fissare a fr. 32'282.95 ($53'804.90 \times 80\%$ ridotti del 25%) e il conseguente grado di invalidità per la parte salariata ammonterebbe al 20% ($[40'342 - 32'282.95] \times 100 : 40'342 = 20\%$), che poco si distanzia dal grado del 18% fissato dall'amministrazione. In proposito va pure nuovamente richiamato il principio generale per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno: in virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (DTF 123 V 233, 117 V 278 e 400, 113 V 28; Riemer ■ Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572). In concreto va evidenziato che esiste un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di

reintegrazione professionale (cfr. pure la STF U 463/00 del 28 ottobre 2003, consid. 3.3). Il TF ha così già ripetutamente statuito che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; Pratique VSI 1998 p. 296; cfr. anche STFA I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 p. 331), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici (RCC 1980 p. 482; cfr. inoltre STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). A ciò si aggiunge che, tramite la riduzione del reddito riconosciuta dalla giurisprudenza (DTF 126 V 75) si tiene conto delle particolari limitazioni riconducibili al danno alla salute ("leidensbedingte Einschränkung", DTF 129 V 472 consid. 4.2.3 p. 481 con riferimenti, STF I 418/06 del 24 settembre 2007, consid. 4.3). La ricorrente sostiene inoltre che è quantomeno paradossale che a fronte di un'incapacità riconosciuta nella misura del 50% quale casalinga si riconosca una limitazione di solo il 14% quale salariata, considerato tra l'altro come "in realtà le attività da lei svolte a casa sono meno pesanti e limitanti di quelle compiute quale aiuto cuoca" (doc. I p. 6). A prescindere dal fatto che tale censura confonde erroneamente il concetto di incapacità lavorativa medico teorica da quello di invalidità, intesa come incapacità di guadagno (cfr. al consid. 2.3), la stessa risulta in ogni modo infondata, ove innanzitutto disattende che il grado di invalidità del 14% in ambito lavorativo non si riferisce all'attività di aiuto cuoca - nella quale è stata riconosciuta una limitazione della capacità lavorativa del 50% -, ma ad un'attività adeguata, ossia leggera e più leggera (rispetto a quella di aiuto cuoca) e compatibile con le limitazioni elencate dai periti del SAM, segnatamente dai consulti reumatologi e angiologici. È stata in particolare ritenuta come idonea un'attività che le permetta di meglio suddividere gli sforzi, che non richieda particolare sollecitazione per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche o lavori in posizioni troppo statiche) e non comporti sforzi maggiori con le braccia (cfr. doc. AI 48). Del tutto ininfluenti infine sono le allegazioni della ricorrente riferite al salario percepito nella sua professione di aiuto cuoca al 50%, considerato che, come detto, conformemente all'obbligo di ridurre il danno, ella meglio può mettere a frutto la residua capacità lavorativa in un'attività adeguata compatibile con le limitazioni poste dai periti in reumatologia e angiologia, con una conseguente inferiore perdita di guadagno.

2.13. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assi-curata quale casalinga, va rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, come si è visto (cfr. consid. 2.5), è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili alla richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana. Nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera ha previsto una nuova ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo - che nel caso concreto risultano essere stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse. In particolare la cifra 3086 prevede: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva: Attività Minimo % Massimo % 1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo) 2 5 2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento) 10 50 3. Pulizia

dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti) 5 20 4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici) 5 10 5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe) 5 20 6. Accudire i figli o altri familiari 0 30 7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)* 0 50 * Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)." Mentre alle cifre 3087, 3088 e 3089 si legge ancora: " Il totale delle attività dev'essere sempre del 100% (Pratique VSI 1997 pag. 298). Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 pag. 244). In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro con-facente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1048 e 3044 segg.) Deve cioè ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (decisione del TFA del 17 marzo 2005, I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta questi provve-dimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona attiva nell'economia domestica deve contribuire quanto ragione-volmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati, N. 1048 e 3044 segg.). La maggior mole di lavoro può essere presa in con-siderazione per il calcolo dell'invalidità soltanto se l'assicu-rato non è in grado di svolgere la totalità dei lavori domestici durante il normale orario di lavoro e necessita dunque dell'aiuto di terzi (RCC 1984, pag. 143, consid. 5). L'interessato deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei familiari in misura maggiore rispetto a chi non ha pro-blemi di salute (I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta i provvedimenti volti a ridurre il danno, al mo-mento della valutazione dell'invalidità non sarà tenuto conto della diminuzione della capacità al lavoro nell'ambito domestico. Al riguardo, il TFA ha già avuto modo di stabilire che - in linea di massima e senza valide ragioni - non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001 consid. 4,). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica 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). Con sentenza non pubblicata 22 agosto 2001 nella causa G. C., il TFA (I 102/00) ha avuto modo di nuovamente confermare la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (Valterio, op. cit., pag. 211; RCC 1989 pag. 131 consid. 5b, 1984 pag. 144 consid. 5). 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). Nella fattispecie in esame, l'Ufficio AI ha incaricato l'assistente sociale di esperire un'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica. Il relativo rapporto è stato allestito il 12 dicembre 2013 (doc. AI 51). Sulla base degli accertamenti eseguiti presso il domicilio, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 49.5% così esemplificata nella tabella riportata nella decisione contestata: " Attività " Importanza assegnata " Impedimenti " 0% " Invalidità " 0% " Pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo " 5% " 0% " 0% " Preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve " 35% " 50% " 17,5% " Rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti " 20% " 70% " 14% " Spesa, acquisti, pagamenti, trattative assicurazioni, rapporti ufficiali " 10% " 30% " 3% " Lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia " 20% " 60% " 12% " Cura dei bambini compresi educazione, attività comuni, compiti " 10% " 30% " 3% (doc. A) Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Va innanzitutto rilevato che nell'inchiesta economica 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. D'altra parte, esaminate singolarmente le valutazioni dell'assistente sociale circa gli impedimenti dovuti all'invalidità, questo Tribunale ritiene che non siano ravvisabili elementi che consentano di mettere in dubbio l'attendibilità della valutazione operata dall'assistente sociale, la quale non appare arbitraria e risulta conforme alle circostanze ed ai riscontri concreti e in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurata medesima nell'ambito dell'inchiesta domiciliare, le quali risultano infatti del tutto attendibili. Inoltre, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche siano del tutto affidabili e compatibili con gli impedimenti accertati in sede medica. Nella presente fattispecie, già è stato detto che per quanto riguarda l'aspetto medico, la perizia del SAM e le valutazioni del SMR hanno compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (sul valore probatorio di rapporti medici cfr. in particolare DTF 125 V 352 consid. 3a con riferimenti, 123 V 176, 122 V 161; cfr. consid. 2.8.). Va poi nuovamente attirata l'attenzione della ricorrente sull'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). In virtù di tale obbligo 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 (RCC 1984 p. 143 consid. 5; precitate sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). Alla luce delle considerazioni che precedono e tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo TCA non può che ritenere corretto il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga stabilito dall'Ufficio AI sulla base

dell'accertamento domiciliare. L'assicurata contesta la succitata valutazione, in particolare riguardo alle mansioni casalinghe relative alla spesa e agli acquisti e alla cura del bambino, dove ritiene che gli impedimenti indicati (del 30%) siano troppo esigui. In merito a tali censure, che peraltro non risultano minimamente sostanziate, ci si limita ad osservare che le limitazioni sono state riconosciute in una misura piuttosto generosa (del 30%). Va del resto osservato che gli impedimenti riferiti dall'assicurata sono stati adeguatamente considerati, inoltre non va dimenticato che distribuendo il carico su più giorni, l'assicurata, che ha dichiarato di essersi organizzata con un carrellino munito di ruote, riesce a mantenere una buona capacità di gestire le necessità in relazione agli acquisti da eseguire, ritenuto in ogni modo come in un'economia domestica composta di solo due persone, una dei due in età infantile, il carico non può certo essere ritenuto eccessivo. Considerate le limitazioni nel trasporto dei pesi e le difficoltà in occasione della spesa, con pertinenza l'assistente sociale incaricata dell'inchiesta ha valutato nella misura del 30% la percentuale degli impedimenti. Quanto alla cura della prole va detto che in ogni modo l'assicurata ha un unico figlio che ha ora raggiunto un'età (11 anni) in cui la necessità di cura appare in diminuzione per cui anche su questo punto la percentuale di impedimenti riconosciuta va considerata adeguata, ritenuto come dalle dichiarazioni dell'assicurata le stesse sembrerebbero più che altro essere riferite alla presenza alle partite di calcio (non essendo il grado di mantenere a lungo la stessa posizione, in piedi-seduta) e all'attività sciistica (doc. AI 51). In conclusione, alla valutazione dell'assistente sociale va prestata piena adesione, ritenuto in particolare come essa abbia compiutamente valutato le difficoltà e l'esigibilità di ogni singola mansione. Nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3086 CIGI, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti nell'ambito dell'economia domestica. Del resto, va pure osservato che le conclusioni della consulente hanno confermato le conclusioni medico teoriche rese dal SAM circa una capacità lavorativa del 50%. Non si rende quindi necessario procedere ad una nuova inchiesta domiciliare come richiesto dalla ricorrente (sul tema dell'apprezzamento anticipato delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 211 con rinvii e consid. 2.11 e 2.15). 2.14. Viste le quote parti tra attività salariata e mansioni casalinghe stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, ritenuta l'assenza di invalidità quale salariata e del 49.5% quale casalinga, dal dicembre 2012 il grado di invalidità globale, in applicazione del metodo misto, è del 10% (80 X 0% + 20 X 49.5), percentuale che non consente l'attribuzione di una rendita. Anche volendo considerare, nell'ipotesi più vantaggiosa per l'assicurata, un'invalidità del 20% quale salariata e del 49.5% quale casalinga, essa presenterebbe un'invalidità globale del 26%, percentuale che non conferisce il diritto ad una rendita, così come risulta dal seguente specchio:

| Attività | Quota parte | Limitazione | Grado |
|-----------------|---------------|-------------|-----------------------------------|
| d'inv. parziale | Salariata 80% | 20% | 16% |
| | 49.5% | 10% | Grado d'invalidità globale |
| | | 26% | Ne discende che malgrado l'errata |

applicazione delle modalità per definire il salario da invalida in ambito lucrativo, la decisione di rifiutare la concessione di una rendita in assenza di un grado di invalidità sufficiente (art. 28 cpv. 1 LAI), deve quindi essere, nella sua sostanza e nelle sue conclusioni, confermata. Si ricorda tuttavia alla ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, la quale, sia nuovamente rilevato, delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4).

In caso di comprovato peggioramento rilevante delle condizioni di salute, essa potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. 2.15. Alla luce di quanto precede, alla richiesta di assunzione di mezzi di prova fatta dall'insorgente, inclusa la richiesta di sottoposizione al SAM della documentazione medica per esame (doc. XX), non è necessario dare seguito (cfr. consid. 1.4; I, VIII). Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (DTF 122 II 469, 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. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Richiesta di prove 2.16. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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