

## **TI\_GERICHTE 32.2015.23 vom 7. Januar 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-01-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.23)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.23 du 7 janvier 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.23 del 7 gennaio 2015

### **Regeste**

Richiesta di rendita AI respinta. Conferma dell'applicazione del metodo misto, della correttezza delle perizie allestite dall'amministrazione e dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti

di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.4. Nel caso di specie, dagli atti di causa risulta che l'Ufficio AI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, ha fatto esperire due perizie, una reumatologica ed una psichiatrica. Il 18 giugno 2014 il reumatologo, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia e medicina interna, sulla base della visita esperita il 17 giugno 2014, posta la diagnosi di sindrome cervicospondilogenica cronica bilaterale prevalentemente a destra e lombospondilogenica cronica bilaterale in note alterazioni degenerative plurisegmentali lombari (ernia discale mediana paramediana leggermente migrata caudale L3/L4, lieve bulging discale verso sinistra L4/L5, spondilatosi plurisegmentali da L1 a S1, alla RM lombare del 17.1.2011), disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con scoliosi sinistroconvessa), tendenza fibromalgica (8 su 18 punti fibromialgici positivi), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso 79.9 kg/statura 154,5 cm), probabile artrosi al polso sinistro con deficit funzionale algico in esiti da frattura anamnestica del radio sinistro, osteosintetizzata, anni orsono e gonalgie bilaterali in probabile gonartrosi a sinistra, genua valga e obesità (peso 79,9 kg/statura 154,5 cm), ha stabilito che l'interessata, in un lavoro adatto al suo stato di salute, per le patologie di stretta competenza reumatologica, è abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore con un rendimento massimo del 100%, a partire dall'8.10.2012 (doc. AI 46-8).

Circa la patologia psichica, il 17 luglio 2014 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, \_\_\_\_\_, dopo aver visitato l'insorgente il 7 maggio 2014 ed il 15 luglio 2014, ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità con sindrome biologica (ICD 10: F33.11), e, dopo aver rilevato che " si è considerata la parziale sovrapposizione della componente psichiatrica con le varie diagnosi somatiche e con la tendenza fibromalgica " ha giudicato l'insorgente abile al lavoro al 60% con riduzione dell'orario e del rendimento a partire dall'ottobre 2012, in attività confacenti, adatte al globale stato di salute (doc. AI 47-12). Le conclusioni dei periti sono state avallate anche dal Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale dell'AI (cfr. rapporto del 25 luglio 2014, doc. AI 50-1).

2.5. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazioni peritali effettuate, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

2.5.1. Per quanto riguarda la patologia

reumatologica, l'insorgente con il ricorso chiede una verifica della perizia, senza tuttavia apportare alcun certificato medico atto a sovvertirne le conclusioni. Questo TCA non ha alcun motivo per non attribuire al referto del dr. med. \_\_\_\_\_, che adempie ai requisiti posti dal TF, piena forza probatoria, ritenuto che lo specialista, dopo aver visitato l'insorgente, ha redatto una perizia che ha tenuto conto dell'anamnesi personale, sistematica e sociale dell'assicurata, dei suoi dati soggettivi e delle constatazioni oggettive (con l'esame reumatologico della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche e l'esame neurologico) ed ha diffusamente valutato lo stato di salute dell'interessata, tenendo conto delle diagnosi sopra indicate e descrivendo, motivandole e producendo un dettagliato esame della funzionalità fisica, le conseguenze delle patologie di cui è affetta l'insorgente, sulla capacità di lavoro e d'integrazione (cfr. doc. AI da 46-1 a 46-9). 2.5.2. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta ad una valutazione specialistica da parte della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, la quale nel, motivato e dettagliato, referto del 17 luglio 2014 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità con sindrome biologica, ICD 10: F33.11 (doc. AI 47). Secondo la specialista la capacità lavorativa è ridotta al 60% con riduzione dell'orario e del rendimento, in attività adatte al globale stato di salute (doc. AI 47-12). Il TCA non ha ragioni per scostarsi dalla valutazione della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, per le ragioni che seguono. In sede di osservazioni al progetto di decisione ed in sede di ricorso l'insorgente ha prodotto un certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, " spec. psichiatria-psicoterapia " (doc. AI 58-2/3 e A3), del 24 novembre 2014, il quale, con riferimento a quanto già indicato il 27 gennaio 2014, ha ribadito che la paziente soffre di stati depressivi ricorrenti che a volte peggiorano ad un punto tale da impedirle anche nello svolgimento delle normali attività casalinghe ed ha evidenziato che " se non fosse per il marito ed i figli la paziente non sarebbe nemmeno in grado di provvedere nemmeno all'igiene personale ". Il referto è stato sottoposto ai medici SMR dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna e \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, i quali il 16 dicembre 2014 hanno rilevato: " (...) La Dr.ssa \_\_\_\_\_, CPAS, ha visto l'assicurata due volte, in data 7 maggio ed in data 15 luglio 2014. Si pone la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità con sindrome biologica (ICD-10 F33.11). Trattandosi di una sindrome depressiva ricorrente, si deve aspettarsi dei periodi di miglioramento e di peggioramento dello stato di salute. Infatti, la perita scrive nello schema MINI-ICF-APP al punto 12 che riguarda quanto citato dal Dr. \_\_\_\_\_: la cura della propria persona migliora o diminuisce in relazioni alle condizioni psicofisiche, con periodi di trascuratezza. Tutto sommato, la capacità lavorativa è quantificata con 60% intesa come riduzione di orario e rendimento per un'attività confacente (a partire dall'ottobre 2012). Grado d'invalidità per casalinga secondo inchiesta del 4 novembre 2014: 42% per un'attività al 100%. Il rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ non contiene nuovi elementi oggettivi e non evidenzia nemmeno un decorso inaspettato del danno della salute noto. Tuttavia, le conclusioni della perita psichiatra CPAS, Dr.ssa \_\_\_\_\_ non permettono di considerare l'assicurata abile al lavoro in misura totale, nemmeno per un'attività rispettosa dei limiti funzionali, tenendo conto della riduzione anche del rendimento ." (doc. AI 60-1) In sede di ricorso il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, in data 17 marzo 2015 ha affermato che la patologia depressiva ricorrente si presenta a volte quale episodio di lieve gravità e a volte di media gravità, che non ha " mai osservato una remissione completa della sintomatologia nei 5 anni che seguono la paziente ambulatorialmente " e che di conseguenza l'interessata non è collocabile in nessuna attività

lavorativa proprio a causa della sua instabilità psichica (doc. B). Il 27 aprile 2015 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, chiamato ad esprimersi in merito, ha affermato che il certificato del dr. med. \_\_\_\_\_ “ non contiene nuove informazioni mediche né modificazioni significative di fatti medici noti, bensì si esprime sull’eventuale collocabilità al lavoro (si intuisce sul libero mercato) dell’assicurata, aspetto per se non di competenza medico-psichiatrica. Restano vevoli le precedenti prese di posizione SMR ” (doc. X/1). Alla luce di quanto esposto e della giurisprudenza in materia di valore probatorio (consid. 2.3) il TCA ritiene che lo stato di salute dell’assicurata, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e che i referti del Dr. med. \_\_\_\_\_ non apportano nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulla valutazione specialistica della perita dell’amministrazione. La specialista ha tenuto conto nella valutazione della capacità lavorativa sia della variazione della patologia nel corso del tempo, sia del ricovero psichiatrico presso l’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, cui l’interessata ha fatto cenno con il ricorso (cfr. anche doc. A2, cfr. doc. AI 47-6). Le conclusioni del medico curante dell’assicurata sono sovrapponibili per quanto riguarda la diagnosi . L’unica divergenza consiste nella quantificazione della capacità lavorativa (60% secondo la perita, 0% secondo il curante). Come recentemente rammentato nella sentenza 32.2014.133 del 6 agosto 2015 a pag. 17, le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l’honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). A questo proposito con sentenza 8C\_703/2014 del 27 aprile 2015 il TF, al consid. 6.2 ha ribadito che ” di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l’avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest’ultimo .” Inoltre, va rammentato che il TF ha più volte avuto l’occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010). Alla ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C\_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un’idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). In queste condizioni questo TCA rinuncia all’allestimento di una perizia giudiziaria, ritenuto come le valutazioni agli atti sono già sufficienti per potersi esprimere nel merito della vertenza. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca 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 modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Del resto le valutazioni peritali sono state confermate dai medici SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_. Ora, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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 - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'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-assicurati-ve, 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\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Ne segue che le conclusioni dell'UAI vanno confermate. 2.6. Per il resto la ricorrente non censura l'applicazione del metodo misto (cfr. anche art. 28a LAI e DTF 137 V 334), la ripartizione tra attività salariata (66%) e casalinga (34%), il raffronto dei redditi ed il paragone dei due campi d'attività figuranti nella decisione impugnata. Essa si limita a contestare genericamente che l'impedimento come casalinga sia del 42%. A questo proposito va rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili alla richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana (cfr. art. 8 cpv. 3 LPGa). Nella Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2004 (una nuova versione è stata aggiornata al 1° gennaio 2013), l'UFAS, allo scopo di garantire una uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera (cfr. cifra 3097, corrispondente alla cifra 3088 della nuova versione), 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. Al riguardo, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) 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). L'allora TFA, in una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al consid. 4.1 della STF 9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013), 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 (RCC 1989 pag. 131 consid. 5b, 1984 pag. 144 consid. 5). L'Alta Corte 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 (STF 9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013; STF 8C\_843/2011 del 29 maggio 2012; AHI-Praxis 2001 pag. 161 consid. 3c), 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, eseguita il 31 ottobre 2014 (doc. AI 55-1). Il relativo rapporto è stato allestito il 4 novembre 2014 (doc. AI 55-1) ed è stato stabilito tenendo correttamente conto di una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alle direttive (CIGI), attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Del resto l'insorgente contesta genericamente la percentuale d'invalidità del 42% in ambito casalingo, simile a quello accertato dalla perita, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel referto del 17 luglio 2014 (inabilità del 45%: cfr. doc. AI 47-12: “ [...] Per quanto riguarda l'attività di badante e anche come casalinga, si giudica l'assicurata abile al lavoro al 55% in maniera globale, con riduzione del rendimento, sempre dall'ottobre 2012 ”), senza tuttavia apportare alcun elemento atto a sovvertire gli accertamenti effettuati dall'assistente sociale. Ora, tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno e di reciproca (e accresciuta: DTF 130 V 97 consid. 3.3.3 pag. 101 con riferimenti) assistenza familiare 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 la valutazione di cui all'inchiesta del 31 ottobre 2014 va confermata. 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). In concreto non solo non vi sono motivi per ritenere l'apprezzamento manifestamente erroneo, ma esso trova conferma nelle motivazioni contenute nell'inchiesta medesima e nella perizia psichiatrica che giunge a conclusioni simili. Stanti le considerazioni esposte, 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, che risulta conforme alle circostanze ed ai riscontri concreti ed in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurata medesima nell'ambito dell'inchiesta domiciliare. Inoltre, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche sono del tutto

affidabili e compatibili con gli impedimenti accertati in sede medica. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo TCA non può quindi che ritenere adeguati sia la percentuale di importanza assegnata alle diverse attività domestiche, sia il grado d'incapacità lavorativa nello svolgimento delle stesse mansioni casalinghe stabiliti dall'Ufficio AI sulla base dell'accertamento domiciliare. Di conseguenza, pure il tasso complessivo d'invalidità fissato al 42% deve essere posto alla base del presente giudizio, non essendoci nessun motivo (fattuale e medico) per mettere in discussione la scelta di basarsi su quanto accertato in sede di inchiesta domiciliare da una persona esperta in materia. 2.7. Alla luce di quanto sopra esposto, ritenuta una ripartizione del 34% nell'attività di casalinga per un impedimento del 42% e del 66% nell'attività salariata per un impedimento dello 0%, è a giusta ragione che l'UAI ha fissato un grado d'invalidità del 14% (14,28% arrotondato conformemente alla DTF 130 V 121, consid. 3.2), che non dà diritto ad alcuna rendita. Il ricorso va di conseguenza respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 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 complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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