

TI_GERICHTE 32.2017.41 vom 9. Februar 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-02-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.41

FR: TI_GERICHTE 32.2017.41 du 9 février 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.41 del 9 febbraio 2017

Regeste

METODO MISTO. 50% salariata e 50% casalinga. DICHIARAZIONE DELLA PRIMA ORA. REUMATOLOGO-ORTOPEDICO (interscambiabili). No violazione del principio di celerità.

Erwägungen

E. 13

dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni.

Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Ancorché non applicabile alla presente fattispecie, va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del

metodo misto non raggiungeva più un grado di invalidità pensionabile (STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. La Corte europea - ricordato che non incombe a lei annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (sul tema vedi pure la STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016). Nella STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50, pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 20 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo, la nostra Massima istanza ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica). Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado di invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art.

E. 14

combinato con l'art. 8 CEDU allorché le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. In una tale costellazione, allorché questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPG. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017).

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina (u. Kieser , Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis , IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento vedi la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Infine, nella STF 9C_232/2017 del 3 ottobre 2017 il TF ha confermato la propria giurisprudenza, sottolineando al considerando 4.3.1 che " Im IV-Rundschreiben Nr. 355 des BSV vom 31. Oktober 2016 (mit Aktualisierung per 26. Mai 2017; nachfolgend: IV-Rundschreiben) wird das weitere Vorgehen nach dem Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016, soweit nicht eine "'Di Trizio' ähnliche Ausgangslage" vorliegt (Rentenrevision oder erstmalige Rentenzusprache mit gleichzeitiger Abstufung oder Befristung der Rente sowie - kumulativ - familiär bedingter Grund [Betreuungspflichten gegenüber minderjährigen Kindern] für die Reduktion der Arbeitszeit), wie folgt umschrieben: "Wie der Bundesrat bereits in seinem Bericht (vom 1. Juli 2015 [Beantwortung des Postulats Jans [12.3960 "Schlechterstellung von Teilerwerbstätigen bei der Invalidenversicherung"]]) festgehalten hat, kann eine Verbesserung für teilerwerbstätige Personen mit einem entsprechend angepassten Berechnungsmodell realisiert werden. Der Bundesrat beabsichtigt nun, ein solches Berechnungsmodell für die gemischte Methode einzuführen. Bis zum Inkrafttreten dieser neuen, generell-abstrakten Regelung wird es im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten notwendig sein, dass das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung gelangt. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden" (Urteil 9C_525/2016 vom 15. März 2017 E. 4.2.2). " ed aggiungendo al considerando 4.3.2 che: " Das Bundesgericht ist in den bisherigen nach Eintritt der Rechtskraft des EGMR-Urteils in Sachen Di Trizio gefällten Entscheiden im Sinne des erwähnten IV-Rundschreibens, welches den Charakter einer Verwaltungsweisung (zu deren Verbindlichkeit für die Sozialversicherungsgerichte: BGE 136 V 16 E. 5.1.2 am Ende S. 20 und 133 V 257 E. 3.2 S. 258) hat, vorgegangen (vgl. etwa Urteil 9C_525/2016 vom 15. März 2017 E. 4.2.2 und dortige Hinweise; ferner BGE 143 I 50 E. 4.4 S. 60; 143 V 77 E. 3.2.2 S. 80 und Urteil 9C_752/2016 vom 6. September 2017 E. 4.2, zur Publikation vorgesehen). Es besteht, wie die Beschwerdeführerin zu Recht anmerkt, kein Anlass, es vorliegend anders zu halten (zu den Voraussetzungen für eine Praxisänderung BGE 141 II 297 E. 5.5.1 S. 303; 137 V 417 E. 2.2.2 S. 422; je mit Hinweisen). Die gemischte Methode findet somit weiterhin Anwendung auf Fälle, die ausserhalb der beschriebenen Konstellation (allein familiär bedingter Statuswechsel von "vollerwerbstätig" zu "teilerwerbstätig" [mit Aufgabenbereich], der zur revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente oder zur Befristung der rückwirkend zugesprochenen Rente

führt) liegen (Urteil 9C_615/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2, in: SVR 2017 IV Nr. 53 S. 158)". 2.4. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, op. cit., pagg. 312-313; Blanc, op. cit., pag. 190-191). 2.5. Nel caso di specie, l'amministrazione ha considerato l'assicurata salariata al 50% e casalinga al 50%. Tale ripartizione è stata contestata dal patrocinatore della ricorrente. Egli ritiene che la sua cliente debba essere ritenuta salariata per lo meno al 60%, visto che aveva lavorato per un certo periodo al 60% fino al 70% presso l'Istituto _____ a _____ per insegnare a i ragazzi con handicap e che aveva cercato lavoro al 100% ma non era riuscita a trovare un posto adatto nel mercato del lavoro rispettivamente si era lasciata consigliare dall'ufficio del lavoro di cercare un impiego al 50%. Per suffragare tale asserzione chiede l'edizione della contabilità della Cassa pensione, l'audizione dell'assicurata e produce svariata documentazione (doc. C-N). Dal canto suo l'UAI fonda la correttezza della propria decisione di considerare l'assicurata (attiva professionalmente nella misura del 30%) salariata solo al 50%, in quanto, sin dalla sua entrata in Svizzera nel 2000, non ha mai svolto attività a tempo pieno e poiché nell'ambito della prima inchiesta a domicilio, tenutasi l'11 marzo 2014, aveva dichiarato all'assistente sociale che, in assenza del danno alla salute, avrebbe lavorato nella misura del 50%. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA rileva che dalle tavole emerge che l'insorgente - dopo aver conseguito un diploma in economia (con master in risorse umane) - ha lavorato come assistente di un docente di portoghese presso l'Università di _____ e nel 1987 si è sposata con un cittadino _____, dirigente di una ditta, a _____; dallo loro unione è nato il figlio _____ (1990). Dopo

essersi sposata la ricorrente ha lasciato l'attività presso l'Università di _____, seguendo nei successivi anni (sino al 1999, anno in cui ha divorziato) il marito nella diverse nazioni asiatiche, dove lui lavorata e, e vi era possibilità, facendo l'insegnante di portoghese. Dopo essersi trasferita nel 1999 a _____ e nel 2000 in Ticino, ha convissuto da subito a _____ con il futuro marito (si sono sposati nel 2004), direttore di una ditta, deceduto a inizio 2005. Da ultimo egli ha vissuto a _____ dal 2007 al 2013 insieme ad un cittadino svizzero. Dal 2001 l'assicurata lavora come docente nell'ambito dei corsi per adulti (a ore) presso la scuola _____ fino al novembre 2009 (insegando arte floreale _____ a _____; ca. 2-4 ore alla settimana) e dal 2004 è docente nell'ambito dei corsi per adulti organizzati dal Cantone (insegnando cultura generale cinese e arte floreale _____, a _____ e _____, con ca. 2-4 ore alla settimana). Nel 2010 l'assicurata ha effettuato 42 ore di insegnamento, 70 ore nel 2011 e 84 ore nel 2012. Trattasi di corsi serali (febbraio-aprile e ottobre-dicembre) di 2 ore ove l'assicurata è retribuita unicamente per le ore che lavora. Da settembre a novembre 2015 l'insorgente ha segnato cultura generale _____ a _____ per 2 ore alla settimana. Lo stesso corso era previsto nuovamente a partire da marzo 2016 (cfr. pag. 71, 72 e 275 incarto AI). Il TCA osserva inoltre che, dall'estratto conto individuale di cui al doc. N (cfr. altresì doc. M) riguardante il periodo 2001-2015 risultano i seguenti redditi annui: fr. 4'798.- nel 2001; fr. 11'127.- nel 2002 (di cui fr. 1'503.- indennità AD); fr. 10'062.- nel 2003 (di cui fr. 7'442.- indennità AD); fr. 11'050.- nel 2004 (di cui fr. 5'373.- indennità AD); fr. 17'564.- nel 2005; fr. 16'513.- nel 2006; fr. 5'479.- nel 2007; fr. 4'699.- nel 2008; fr. 4'480.- nel 2009; fr. 7'004.- nel 2010; fr. 6'720.- nel 2011; fr. 6'720.- nel 2012; fr. 27'228.- nel 2013; fr. 7'820.- nel 2014 e fr. 3'090.- nel 2015. Bisogna pure considerare che l'insorgente - dopo essersi dichiarata attiva al 30% come docente di corsi per adulti nella richiesta di prestazioni AI per adulti del 1° gennaio 2013 (cfr. pag. 34 incarto AI) - nell'ambito dell'inchiesta di domicilio dell'11 marzo 2014 aveva dichiarato all'assistente sociale che, in assenza del danno alla salute, avrebbe lavorato nella misura del 50% (cfr. pag. 106 incarto AI). In tale contesto giova qui ricordare che il principio della priorità della "dichiarazione della prima ora" prevede che, in presenza di due diverse versioni, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche. Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017, consid. 5.2; sull'argomento cfr. altresì STCA 38.2016.59 del 20 febbraio 2017, consid 2.3, con rinvii giurisprudenziali e dottrinari ivi citati). In siffatte circostanze non può essere seguito il rappresentante della ricorrente laddove si limita ad asserire che la sua assistita aveva cercato lavoro al 100% ma non era riuscita a trovare un posto adatto nel mercato del lavoro rispettivamente si era lasciata consigliare dall'ufficio del lavoro di cercare un impiego al 50%. Non consente di giungere ad una conclusione differente neppure la circostanza che l'insorgente abbia svolto uno stage a tempo pieno dal 6 maggio al 30 settembre 2002 presso l'Istituto _____ di _____ (cfr. doc. H). Alla luce di quanto appena esposto, la suddivisione operata dall'UAI (salarziata al 50% e casalinga al 50%) deve quindi essere confermata dal TCA. Da notare che trattasi dell'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurata. Da quanto precede emerge infatti chiaramente che RI 1 ha scelto di lavorare a tempo parziale con percentuali variabili, ma comunque sempre inferiori di gran lunga al 50%, compatibilmente con le esigenze derivanti dalla necessità di conduzione della propria vita familiare. Quella della ricorrente è stata una vera e propria scelta di vita. In siffatte circostanze non può essere seguito il legale dell'assicurata neppure

laddove chiede che la sua assistita venga considerata salariata al 100% e si applichi quindi al caso di specie il raffronto ordinario dei redditi anziché il metodo misto. Va qui pure ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, alla " edizione della contabilità della cassa pensione " chiesta dal legale dell'assicurata: cfr. doc. I), ritenendo la situazione sufficientemente chiarita sotto questo aspetto. Il legale ha chiesto pure l'audizione della sua cliente, formulando di fatto una richiesta di assunzione di prove , nella forma dell'interrogatorio di parte. Il TCA può esimersi dal dare seguito al richiesto interrogatorio di parte, in quanto superfluo ai fini dell'esito della vertenza (cfr. STF I/472/06 del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2). Quanto all'utilizzazione del metodo misto, considerato che nella fattispecie concreta si tratta di statuire su una decisione con la quale è stato negato il diritto a una rendita, non trattandosi quindi di una costellazione come quella descritta nelle DTF 143 I 50 e DTF 143 I 60, in virtù della suesposta giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.3) nulla osta qui alla sua applicazione (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017 consid. 2.7).

2.6. In concreto, dal profilo medico, l'UAI si è fondato sulla perizia pluridisciplinare reumatologica, pneumologica, cardiologica e psichiatrica allestita il 22 aprile 2016 dal SAM (pag. 270-334 incarto AI). In tale ambito i medici del SAM, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive, e i reperti esami (segnatamente radiologici, pneumologici e cardiologici), hanno sottoposto l'assicurata ad un consulto reumatologico (dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia), un consulto pneumologico (dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie polmonari), un consulto cardiologico (dr. med. _____, specialista FMH in cardiologia) e ad un consulto psichiatrico (dr.ssa. med. _____). Globalmente, nel rapporto peritale del 22 aprile 2016, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente: " 5 DIAGNOSI 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica, in: - note alterazioni degenerative al rachide cervicale, dorsale e lombare, - nota osteopenia, - gravi disturbi statici del rachide (scoliosi destro-convessa D9-D10 con angolo di Cobb superiore ai 50° con anticurva sinistro-convessa in L4), - decondizionamento e sbilancio muscolare. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Dispnea all'esercizio fisico secondaria verosimilmente a un disturbo della meccanica toraco-polmonare. Lieve iperreattività bronchiale (nozione anamnestica)." (pag. 284 e 285 incarto AI) Nel medesimo rapporto peritale i medici del SAM hanno inoltre evidenziato quanto segue: " Valutazione reumatologica (...) l'A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. _____ (consulto allegato). Dopo aver descritto l'anamnesi e lo stato clinico reumatologico dettagliato, il nostro consulente pone le

diagnosi da noi riassunte al capitolo 5, giungendo alle seguenti conclusioni. "La signora RI 1, nata _____ 1963; _____, è nota dall'età di 11 anni, per una scoliosi toracolombare, progredita durante il periodo dell'adolescenza, per cui si proponeva un trattamento chirurgico, poi rifiutato dall'assicurata; a partire dal 2005 esacerbazione dei dolori al rachide, in presenza all'esame clinico di una scoliosi toracale a forma di C destroconvessa, con gobba toracale a sinistra, scoliosi definita come fissa con distanza dita-suolo di 30 cm; il 13.1.2013 veniva posta la diagnosi di osteopenia ad una densitometria ossea DEXA, esame in seguito non più ripetuto, osteopenia per la quale attualmente l'assicurata assume una sostituzione di calcio e vitamina D; il 6.5.2013 l'assicurata veniva valutata presso il servizio medico regionale dell'assicurazione invalidità di Bellinzona da parte del Dr. _____, specialista FMH in medicina interna, il quale descriveva una sindrome lombovertebrale cronica su importanti alterazioni della statica con scoliosi idiopatica toracale destroconvessa ed alterazioni degenerative multisegmentali, dismetria degli arti inferiori; praticamente a distanza di un anno da questa visita, il 5.5.2014, l'assicurata veniva valutata dalla Dr.ssa _____, specialista FMH in ortopedia a _____ che descriveva una scoliosi destroconvessa al rachide dorsolombare, una periartropatia omeroscapolare a destra, segnalando radiografie della colonna cervicale, dorsale e lombare del 22.5.2013, esami mostranti una spondilartrosi di lieve a media entità a livello del terzo inferiore della colonna cervicale, una scoliosi destroconvessa 09-D10, con angolo di Cobb superiore ai 50° e anticurva sinistroconvessa in L4, alterazioni degenerative con osteocondrosi e spondilartrosi D10-D12 più pronunciata a sinistra, spondilartrosi L3-L5 soprattutto a destra, notava inoltre, ad una radiografia del bacino del 22.5.2013, una lieve rotazione dello stesso per scoliosi dorsolombare, senza coxartrosi; proponeva un trattamento conservativo. L'assicurata attualmente non è a beneficio di un trattamento fisioterapico ed assume farmaci analgesici soltanto al bisogno; ella rammenta di aver già sofferto di cervicalgie con blocchi, assenti al momento anche muovendo la testa, descrive dolori scapolari intermittenti a destra associati a dolori alla muscolatura del trapezio a destra irradiante diffusamente nell'omero e avambraccio dorsale destro con crampi nella mano destra, questi ultimi presenti anche a sinistra, dolori al braccio destro che non dipendono dai suoi movimenti rispettivamente da quelli della testa; la colonna vertebrale presenta disturbi statici importanti con appiattimento dorsale e lombare e scoliosi destroconvessa dorsale massiccia con importante ernigibbosità toracale a destra, la colonna cervicale risulta libera ai movimenti passivi in ogni direzione, con dolori accusati a fine corsa alla rotazione globale passiva verso destra; mentre i riflessi tricipitali dalle due parti non sono evocabili, i riflessi bicipitali appaiono mediovivi e simmetrici, le prove della forza rozza ai muscoli bicipiti e tricipiti risultano normali, la mobilizzazione passiva delle spalle dalle due parti non evoca un arco dolente, risultando indolore, i test resistivi per le cuffie rotatorie vengono ben tenuti, per cui non ho il sospetto di una lesione maggiore alle stesse; negli anni 90 l'assicurata aveva lamentato dolori ai gomiti con esacerbazione dal mese di maggio 2011, per cui consultava il chirurgo della mano il 12.10.2011, specialista che documentava un'epicondilopatia omeroradiale, di meno ulnare a destra; i gomiti appaiono ora liberi ai movimenti passivi senza dolori, non vi sono indolenzimenti periarticolari, la positività del segno di Tinel al solco del nervo ulnare a destra depone per un'irritazione del nervo ulnare a questo livello; la mobilità dei polsi dalle due parti è libera ed indolore, anche le articolazioni delle dita non risultano indolenzite o fumé fatte, la chiusura dei pugni è completa dalle due parti. Offre ai dolori scapolari irradianti nell'arto superiore destro, l'assicurata accusa anche dolori lombari a sinistra irradianti a cintura lombogluteali bilaterali, con diramazioni

algiche dorsali nette cosce fino a raggiungere i polpacci dalle due parti, più a destra che a sinistra, lombalgie presenti tutti i giorni, mentre i dolori scapolari, al braccio destro e alle gambe insorgono soprattutto dopo sforzi; afferma che di notte avverte soprattutto dolori crampifonni toracolombari, a tal punto che deve alzarsi, questi dolori si accentuano soprattutto stando ferma, per cui deve alternare le posizioni in continuazione, ma anche avere la possibilità di alternare il movimento alle posizioni statiche, ella ha notato che mettendo i tacchi risente una sensazione di bruciore e dolore lombare, le lombalgie peggiorano anche chinandosi; la colonna dorsale appare minimamente limitata alla flessione attiva con Ott a 30/33 cm, con dolori avvertiti dall'assicurata a fine corsa all'emitorace dorsale destro, dorsale che appare bloccata all'estensione passiva, libera alle lateroflessioni passive bilaterali la colonna lombare risulta minimamente ridotta alla flessione attiva, con Schober a 10/13 cm per una distanza dita-suolo anteriore di 27 cm, libera all'estensione passiva, libera alla lateroflessione passiva verso destra, ma bloccata a quella verso sinistra con dolori accusati a fine corsa pungenti paravertebrali lombari a sinistra, un po' meno intensi all'iperestensione lombare; sono assenti deficit lomboradicolarici acuti; all'esame neurologico cursorio non riesco ad evocare il riflesso patellare a destra, la forza rozza ai gruppi muscolari delle gambe è intatta M5; la mobilità coxo femorale passiva dalle due parti è libera ed indolore; anche le ginocchia, stabili, senza segni meniscali, si presentano con mobilità passiva libera ed indolore; l'assicurata mi segnala che portando scarpe con i tacchi, avverte anche dolori agli avampiedi bilaterali: i piedi appaiono piatti bilaterali, la mobilità passiva delle caviglie è libera ed indolore, l'assicurata riesce a deambulare sia sui talloni, sia sulle punte dei piedi regolarmente, senza segni di -risparmio". Sulla base di queste constatazioni il nostro consulente valuta l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura del 50% nell'attività abituale di docente nell'ambito dei corsi per adulti, nella misura del 50% in un'attività adatta allo stato di salute e nella misura del 75% come casalinga. Valutazione pneumologica (...) l'A. è stata valutata dal nostro consulente PD Dr. med. _____ (consulto allegato). Dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico ed il referto della spirometria completa effettuata (descritta al capitolo 4.2), il nostro consulente pone le diagnosi da noi riassunte al capitolo 5, giungendo alla seguenti conclusioni. "L'A. presenta una forma congenita di cifoscoliosi destro-convessa piuttosto impressionante. Quest'ultima, attualmente, non si manifesta con una diminuzione dei volumi statici polmonari. Un'emogasanalisi eseguita presso l'ORL nel novembre 2014, in aria ambiente, era risultata normale. Spesso le scoliosi possono evolvere con il tempo (la P. negli ultimi 5 anni ha perso 4 cm di altezza). Non è esclusa nel futuro un'evoluzione che porti ad una restrizione dei volumi mobilizzabili e quindi ad un'ipoventilazione alveolare necessitante di una ventiloterapia BiPAP a domicilio. Attualmente, tuttavia, la situazione funzionale respiratoria a riposo è favorevole. Secondo l'anamnesi è possibile che esista un lieve grado di iperreagibilità bronchiale che tuttavia non si manifesta soggettivamente con disturbi quali tosse stizzosa o wheezing. La dispnea all'esercizio fisico è verosimilmente legata in buona parte a un disturbo della meccanica toraco-polmonare, che si svela durante lo sforzo. Questa situazione potrebbe essere confermata dall'esecuzione di un'ergo-spirometria eseguibile eventualmente in treadmill". Sulla base di queste constatazioni il nostro consulente valuta l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista pneumologico, nella misura del 100% nell'attività abituale d'insegnante, come pure in attività adatta allo stato di salute ed una capacità lavorativa nella misura del 75% come casalinga. Valutazione cardiologica (...) l'A. è stata valutata dal nostro consulente Dr. med. _____ (consulto allegato). Dopo aver

descritto l'anamnesi, lo stato clinico ed il referto degli esami effettuati (descritti al capitolo 4.2), il nostro consulente giunge alle conclusioni che non vi sono indizi per una cardiopatia strutturale all'origine dell'intolleranza allo sforzo, la cui causa principale è legata sicuramente alla cifoscoliosi toracica. Ulteriori passi cardiaci non si impongono. Il consulente descrive quindi un cuore normale, descrivendo che dal punto di vista cardiologico non sussiste una diminuzione della capacità lavorativa né nell'attività abituale, né in altre attività (non vi sono restrizioni per nessuna attività), pure come casalinga l'A. è ritenuta abile al lavoro nella misura del 100%. Valutazione psichiatrica (...) l'A. è stata valutata dalla nostra consulente Dr.ssa med. _____ (consulto allegato), che dopo la visita peritale effettuata in data 28.1.2016 (la nostra consulente sottolinea che non ha ritenuto opportuno un seconda colloquio in quanto la condizione psichica dell'A. è chiara) è giunta alle seguenti conclusioni. "A mio parere dal colloquio avuto con l'A., motto esaustivo, in cui si è mostrata in tutte le sue risorse, nel suo entusiasmo e nel suo desiderio di affrontare come ha sempre fatto, le difficoltà, per poterle superare, dal non ritrovare agli atti nessun accenno a patologie psichiatriche pregresse o attuali, posso esprimere il mio punto di vista specialistico quale, ritrovare nell'A, una condizione di capacità psichica di resilienza nel riuscire a vivere con i deficit somatici. Tutto ciò mi porta a poter dire che: non siamo di fronte a una patologia psichiatrica, tant'è che porta avanti la sua attività lavorativa nonostante la fatica fisica, anzi ha mille progetti che vorrebbe portare avanti nei limiti della sue sofferenze fisiche". Sulla base di queste constatazioni la nostra consulente non pone alcuna diagnosi dal punto di vista psichiatrico valutando che dal suo punto di vista specialistico non vi riduzione della capacità lavorativa in nessun tipo di attività lavorativa e neppure come casalinga. " (pag. 286-289 incarto AI) Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro, nell'attività da ultimo esercitata come docente nell'ambito di corsi per adulti, nella misura del 50% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto-nove ore con eventuali pause supplementari già conteggiate), a far tempo dal rapporto medico del medico curante del 13 febbraio 2013 e continua, puntualizzando che le conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalla patologia descritta in ambito reumatologico mentre invece dal punto di vista pneumologico, cardiologico e psichiatrico vi è una capacità lavorativa piena (pag. 289-291 incarto AI). Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti funzionali e di carico posti dal perito reumatologo), i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 50% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di otto-nove ore con eventuali pause supplementari già conteggiate), a far tempo dal rapporto medico del medico curante del 13 febbraio 2013 e continua, puntualizzando che dal punto di vista pneumologico è ritenuta esigibile al 100% qualsiasi attività intellettuale simile alla sua professione e dal punto di vista cardiologico e psichiatrico viene valutata una capacità lavorativa piena anche in altre attività (pag. 291 e 292 incarto AI). I medici del SAM hanno inoltre valutato una capacità lavorativa medico-teorica globale come casalinga nella misura del 75%, consigliando di effettuare una nuova inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (pag. 293 incarto AI). Nel rapporto finale del 28 aprile 2016 il medico dell'SMR (dr. med. _____) ha confermato i contenuti (diagnosi, esigibilità lavorativa, ecc.) della perizia del SAM, puntualizzando quale limite funzionale un carico massimo di 10 kg con alternanza della postura al bisogno inclusa, senza difficoltà nello svolgere lavori di precisione e senza necessità di pause supplementari (pag. 337-340 incarto AI). 2.7. Per

poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; MEYER-BLASER, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 il principio giusta il quale, 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), precisando nel contempo che 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). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, 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).

Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale 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).

2.8. 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 valutazione peritale effettuata dal SAM (segnatamente la perizia del 22 aprile 2016), da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI.

2.8.1. Dal profilo pneumologico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del PD dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie polmonari, il quale nel rapporto del 19 febbraio 2016 - dopo aver rilevato che la paziente soffriva di dispnea all'esercizio fisico secondaria verosimilmente a un disturbo della meccanica toraco-polmonare e di lieve iperattività bronchiale (nozione anamnestica) ed aver accertato che la situazione funzionale respiratoria a riposo era favorevole - ha concluso per un grado di capacità lavorativa, dal punto di vista pneumologico, nella misura del 100% nell'attività abituale d'insegnante, come pure in attività adatta allo stato di salute ed una capacità lavorativa nella misura del 75% come casalinga in quanto implica alcuni sforzi fisici (pag. 312 e 313 incarto AI). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario.

2.8.2. Dal profilo cardiologico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in cardiologia, il quale nel rapporto del 28 gennaio 2016 - dopo aver accertato l'assenza di indizi per una cardiopatia strutturale all'origine dell'intolleranza allo sforzi, la cui causa principale era legata sicuramente alla cifoscoliosi toracica e dopo aver descritto un cuore normale - ha concluso che non sussisteva una diminuzione della capacità lavorativa né nell'attività abituale, né in altre attività (non vi erano restrizioni per nessuna attività), pure come casalinga la paziente era ritenuta abile al lavoro nella misura del 100% (pag. 318 e 319 incarto AI). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario.

2.8.3. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte della dr.ssa med. _____, medico chirurgo e specialista FMH in psichiatria, la quale nel rapporto del 3 febbraio 2016 - dopo aver accertato l'assenza di qualsivoglia patologia psichiatrica - ha concluso che la capacità

lavorativa dal punto di vista psichiatrico era del 100% (pag. 329 incarto AI). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante della ricorrente pretende il contrario. 2.8.4. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med.

_____, spec. FMH in reumatologia, il quale, nel rapporto del 26 gennaio 2016, dopo aver riportato l'anamnesi reumatologica come pure i dati soggettivi dell'assicurata e quelli oggettivi (stato generale; sistema locomotore, in particolare colonna vertebrale e articolazioni periferiche; sistema nervoso cursorio), ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di " Sindrome panvertebrale con componente spondilogenica cronica, in: " (...) - note alterazioni degenerative al rachide cervicale, dorsale e lombare, - nota osteopenia, gravi disturbi statici del rachide (scoliosi destro-convessa D9-D10 con angolo di Cobb superiore ai 50° con anticurva sinistro-convessa in L4),- decondizionamento e sbilancio muscolare. " (pag. 305-308 incarto AI) Dopo aver posto i limiti funzionali e di carico del caso ("L'assicurata può talvolta sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre i 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurata può di rado sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurata può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurata può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, di rado assumere la posizione accovacciata. L'assicurata può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli"; cfr. pag. 310 incarto AI), il perito reumatologo ha valutato il grado di capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura del 50% nell'attività abituale di docente nell'ambito dei corsi per adulti, nella misura del 50% in un'attività adatta allo stato di salute e nella misura del 75% come casalinga. L'incapacità lavorativa del 50% nell'attività abituale ed in attività adeguate come pure quella del 25% nell'attività di casalinga (da convalidare, sul piano pratico, anche tramite un'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica) sono da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa normale di 8-9 ore rispettivamente abituale (pag. 310 incarto AI). Il TCA non ha motivo di discostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito reumatologo dell'amministrazione, il quale vanta un'ampia esperienza in medicina assicurativa, e che sono state pure confermate dal medico SMR. A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato 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-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona

assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_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). Tanto più che la valutazione del perito reumatologo, non è stata smentita da documentazione medico-specialistica, neppure in questa sede.

2.8.4.1. Il patrocinatore dell'assicurata ha criticato l'operato dell'amministrazione per aver sottoposto la sua cliente ad una perizia reumatologica, allorché la sua assistita non ha mai avuto problemi di reumatismo, anziché alla più volte richiesta perizia ortopedica, visto che l'assicurata presenta problemi di salute in parte dovuti a problemi ortopedici (doc. I e VIII). A questo proposito giova ricordare che il perito reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni dell'apparato muscolare-scheletrico. Infatti sulla questione delle competenze di un medico specialista in reumatologia rispetto a uno specialista in ortopedia, il Tribunale federale, in una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009 ha già avuto modo di sottolineare, che " come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata " (cfr. RtiD 2010 II pag. 208 [9C_965/2008] consid. 4). Questi principi sono già stati applicati da questa Corte ad esempio in una sentenza 32.2008.222 dell'8 luglio 2009, in una 32.2011.75 del 6 settembre 2011, in una 32.2011.214 del 16 gennaio 2012, in una 32.2014.69 del 22 aprile 2015 ed in una 32.2015.109 del 27 giugno 2016. Nella 32.2011.75 il TCA ha concluso che nel caso di un'assicurata affetta da una sindrome lombovertebrale parzialmente lombospondilogenica cronica a destra in possibile instabilità segmentale, esiti da frattura del piatto superiore della dodicesima vertebra dorsale, trattata mediante cifoplastica con fosfato di calcio il 3.3.2009, dopo trauma assiale del 31.12.2008, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con scoliosi sinistro convessa toracolombare, iperlordosi lombare), tendenza ad ipermobilità articolare, decondizionamento e sbilancio muscolare, la scelta di far allestire una perizia ad opera di un reumatologo, che si occupa delle affezioni dolorose che colpiscono le articolazioni, i muscoli, i tendini e le ossa e non da un ortopedico (l'ortopedia è la branca della medicina che si occupa delle affezioni congenite e acquisite del sistema osteoarticolare e delle strutture a esso anatomicamente e funzionalmente collegate), andava confermata. Nella 32.2011.214 il TCA ha concluso che anche se non ha una specializzazione in ortopedia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico (vedi anche STF 9C_547/2010 del 26 gennaio 2011 al consid. 4.1). Nella 32.2014.69 il TCA ha concluso che, nel caso di un assicurato affetto da patologie organiche relative all'apparato muscolo-scheletrico e psichiatriche, la scelta di far allestire una perizia bidisciplinare di tipo reumatologico e psichiatrico, andava tutelata. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nelle sentenze 8C_835/2014 del 16 gennaio 2015 al consid. 3.3, 9C_320/2015 del 25 agosto 2015 al consid. 3.3.3 e 9C_644/2015 del 3 maggio 2016 al consid. 3.4. In siffatte circostanze il TCA non condivide le critiche mosse dal patrocinatore dell'insorgente all'operato dell'amministrazione per non averla sottoposta ad un consulto ortopedico. Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di

determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti (in particolare, all'esperimento di una perizia ortopedica). 2.8.5. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7.), alla stessa va dunque attribuita piena forza probante. Tanto più che l'insorgente non ha prodotto, neppure in questa sede, refertazione medica specialistica - riferita, in particolare, al quadro clinico antecedente al provvedimento contestato (visto che il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata; SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) - atta, per un verso, a perlomeno sollevare dubbi circa la fedefacenza della perizia pluridisciplinare SAM, e, per altro verso, a indurre questo TCA a disporre ulteriori accertamenti medici specialistici. Quanto accertato dai periti incaricati dall'UAI in merito alla capacità lavorativa e in ambito domestico dell'assicurata nel rapporto peritale del 22 aprile 2016 (pag. 270-334 incarto AI) e confermato dal medico SMR nel rapporto finale del 28 aprile 2016 (pag. 337-340 incarto AI), va dunque tutelato. 2.8.6. In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti), che RI 1 è inabile al lavoro al 50% (inteso come diminuzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa normale di 8-9 ore; sia attività abituale sia attività adeguata) ed al 25% (inteso come diminuzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata abituale) quale casalinga, in modo continuativo dal 13 febbraio 2013. 2.9. Per quanto concerne l'aspetto economico, - ritenuto che sulla scorta delle considerazioni che precedono l'assicurata va ritenuta salariata al 50% (giova qui ribadire che trattasi dell'ipotesi a lei maggiormente favorevole) e casalinga al 50%, che è inabile al lavoro al 50% (inteso come diminuzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa normale di 8-9 ore; sia attività abituale sia attività adeguata) ed al 25% (inteso come diminuzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata abituale) quale casalinga e che, nel caso concreto va applicato il metodo misto - questo Tribunale rileva quanto segue. 2.9.1. Per quanto riguarda la parte salariata, applicando la giurisprudenza di cui alla STF 9C_666/2016 del 23 gennaio 2017 (cfr., in proposito, STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017, consid. 2.10; STCA 32.2017.26 del 13 settembre 2017,

consid. 2.9) al caso concreto, l'assicurata - che aveva dichiarato di lavorare al 30% ma che avrebbe lavorato al 50% (inteso come riduzione di tempo) ed ha una capacità residua del 50% sull'arco di un'intera giornata lavorativa normale di 8-9 ore e, quindi, del 25% sull'arco di una mezza giornata lavorativa di 4-4.5 ore sia in attività abituale sia in attività adeguata - presenta, per la parte salariata (50%), un grado di impedimento del 50% $\{[(50-25)/50] \times 100\}$. 2.9.2. Per quel che riguarda l'attività di casalinga, quand'anche si volesse fare astrazione dal grado di incapacità lavorativa nello svolgimento delle stesse mansioni casalinghe del 22% stabilito sia dall'assistente sociale _____, nell'inchiesta economica dell'11 marzo 2014 (pag. 110 incarto AI), sia dall'assistente sociale _____, nell'inchiesta economica del 3 febbraio 2017 (pag. 365 incarto AI), e prendere in considerazione, come richiesto dal legale, l'ipotesi maggiormente favorevole alla sua assistita, ovvero il grado teorico di incapacità lavorativa nelle mansioni casalinghe del 25% stabilito dai periti del SAM (il quale, val qui la pena di puntualizzare, era tuttavia riferito ad una diminuzione di rendimento sull'arco di un'intera giornata abituale e, quindi, sarebbe del 12.5% sull'arco di una mezza giornata usuale), l'assicurata non ne trarrebbe alcun beneficio. Difatti, viste le quote parti tra attività salariata (50%) e mansioni casalinghe (50%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale, conformemente alla precitata giurisprudenza di cui alla STF 9C_666/2016 del 23 gennaio 2017, è del 33.50 $\{([21 \text{ ore} \times 50 \% \text{ impedimento attività salariata} + (42 \text{ ore} - 21 \text{ ore}) \times 25 \% \text{ impedimento attività di casalinga}] / 42)\}$, arrotondato al 38% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41) in applicazione del metodo misto. Tale grado d'invalidità - che, lo si ribadisce, è frutto di una mera ipotesi di lavoro particolarmente favorevole all'assicurata - non permette la concessione di una rendita. La decisione avversata, mediante la quale l'amministrazione ha negato il riconoscimento di una rendita d'invalidità all'assicurata, è corretta e merita quindi di essere tutelata. Da ultimo, il TCA osserva che l'operato dell'UAI si è svolto in tempi sostanzialmente corretti, ammissibili ed ancora rispettosi del principio di celerità che deve contraddistinguere procedure quali quella in oggetto. D'altronde l'accertamento peritale del SAM è stato posticipato proprio a richiesta del patrocinatore dell'assicurata, visto che la sua cliente era all'estero per motivi familiari inderogabili (cfr. pag. 240-244 incarto AI). Contrariamente a quanto ritenuto dal legale dell'insorgente, nell'agire dell'amministrazione non è dunque ravvisabile alcuna violazione del predetto principio. 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.- e fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- vanno poste a carico dell'assicurata.

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