

TI_GERICHTE 32.2017.47 vom 16. Februar 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-02-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.47

FR: TI_GERICHTE 32.2017.47 du 16 février 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.47 del 16 febbraio 2017

Erwägungen

E. 10

20

"()5. ATTIVITÀ- descrizione degli impedimenti dovuti all'invalidità

5.1 Conduzione dell'economia domestica

pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo

importanza assegnata

5%

percentuale degli impedimenti

0%

percentuale di invalidità

0%

La signora RI 1 pianifica e organizza da sé e con le medesime capacità di sempre il proprio ménage domestico.

5.2 Alimentazione

preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve

importanza assegnata

45%

percentuale degli impedimenti

10%

percentuale di invalidità

4,5%

5.3 Pulizia dell'appartamento

rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti, ecc.

importanza assegnata

20%

percentuale degli impedimenti

40%

percentuale di invalidità

8%

5.4 Spesa e acquisti diversi

compresi pagamenti, trattative assicurazioni e rapporti ufficiali

importanza assegnata

10%

percentuale degli impedimenti

30%

percentuale di invalidità

3%

5.5 Bucato, confezione e riparazioni di indumenti

lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia, ecc.

importanza assegnata

20%

percentuale degli impedimenti

10%

percentuale di invalidità

2%

5.6. Cura dei bambini e di altri membri della famiglia

Compresa educazione, attività comuni, compiti, ecc.

importanza assegnata

0%

percentuale degli impedimenti

0%

percentuale di invalidità

0%

.-

5.7 Diversi

cura delle piante, giardinaggio, cura degli animali, attività di utilità pubblica, creazione artistica, impegno a favore di terzi, volontariato

importanza assegnata

0%

percentuale degli impedimenti

0%

percentuale di invalidità

0%

La Signora RI 1 non segnala attività in questo ambito.

Valutazione dell'assistente sociale

totale delle attività

100%

percentuale di invalidità

17,5%

■ Chi esegue i lavori, che a causa della sua invalidità, l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica?

Figlia.

Sulla base degli accertamenti esperiti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha quindi stabilito una limitazione complessiva del 17,5%. Innanzitutto va sottolineato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita 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.

Inoltre, 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 3 marzo 2016 va di principio 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).

E. 12

dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente

psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità causata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v.

Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In altre due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, destinate alla pubblicazione, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, ivi comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del Tribunale federale secondo cui le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una “resistenza alle terapie”, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. 2.6. 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 23 dicembre 2015 ed il relativo complemento del perito neurologo del 2 novembre 2017), da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatta propria dall'UAI. 2.6.1. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria, il quale nel rapporto del 17 dicembre 2015 ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " ICD-10 F 33.0 Sindrome depressiva ricorrente, episodio di media gravità ". Il perito del SAM, ha analizzato compiutamente lo stato

psichico della ricorrente nel corso di 2 colloqui che hanno avuto luogo il 14 ottobre e il 4 novembre 2015. Dopo aver riportato l'anamnesi riassuntiva e l'esame psichico, il perito del SAM ha concluso che rispetto alla valutazione specialistica effettuata nel 2010 rimanevano pressoché le medesime tematiche legate alle difficoltà esistenziali dell'assicurata incentrate sul riesame continuo delle ferite del passato e sulle snervanti preoccupazioni per il proprio futuro. Identico risultava il sentimento di perdita del legame di appartenenza maturato dopo un faticoso ma infruttuoso lavoro di una intera vita rivolta costantemente al tentativo di trovare per sé stessa una situazione di calda e fiduciosa accoglienza da parte di un partner, tentativo che era però rimasto frustrato dalla lunga serie di esperienze di vita deludenti dal punto di vista affettivo e relazionale (in modo particolare con riferimento al rapporto con il padre, con il marito e con il suo ultimo convivente dai quali era o perlomeno si sentiva più controllata e oppressa che benvoluta e amata come avrebbe desiderato), esperienze che avendole procurato una serie di micro-traumi emotivi più che gioie l'avevano portata ad evitare di riproporsi in quella direzione e sostanzialmente a sottrarsi alla vista generale facendola soggiornare in una posizione depressiva dalla quale probabilmente per paura di venire esposta alle medesime esperienze sofferte fatica ad uscire. Per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa, tenuto conto della precisazione diagnostica che la pone su di un livello di disfunzionalità maggiore rispetto a quello precedentemente notificato il perito ha ritenuto che in quel momento l'incapacità lavorativa psichiatrica dell'assicurata si attestasse sul 50%. Dal mese di maggio 2014 in avanti vi era una percentuale d'incapacità lavorativa che tenuto conto dei lievi ma comunque significativi miglioramenti dello stato clinico (legati alla efficacia della presa a carico specialistica) era progressivamente discesa fino all'attuale grado del 50% nel quale si era assestato. Questo grado di capacità lavorativa valeva anche per le attività adeguate ed altre attività, mentre nell'attività di casalinga l'assicurata era ritenuta abile al 100%. Per quanto concerne la prognosi a medio-lungo termine ha avuto l'impressione di un'evoluzione piuttosto nel senso di una cronicizzazione dei disturbi accusati dall'assicurata, ma era comunque possibile e non escludeva che grazie alle cure ed in particolare al clima di fiducia venutosi a creare con la psichiatra di riferimento dalla quale viene incoraggiata lo stato di salute dell'assicurata, potesse ulteriormente migliorare. Ha consigliato di prendere in considerazione una rivalutazione del caso dopo un anno, puntualizzando che rimaneva di fondamentale importanza la continuazione della presa a carico specialistica e del trattamento psicofarmacologico in atto. Le opinioni della dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, del 13 agosto 2014 (pag. 359-364 incarto AI) e del 24 agosto 2015 della psichiatra curante (pag. 408 incarto AI) sono state debitamente prese in considerazione e analizzate dal perito del SAM nel rapporto del 17 dicembre 2015 (pag. 459-465 incarto AI). D'altra parte la valutazione della psichiatra curante (del 13 agosto 2014 e del 24 agosto 2015 e, quindi, in ogni caso antecedenti alla perizia del SAM), seppur divergente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente (IL 100% dal 26 maggio 2014 e continua), non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito psichiatra (ponendo la medesima diagnosi, ovvero " Sindrome depressiva ricorrente attuale episodio depressivo di grado medio ") e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell'interessata ha sulla sua capacità di lavoro. Il TCA non ha motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito psichiatra del SAM. 2.6.2. Dal punto di vista neurologico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, il quale nel rapporto del 29 ottobre 2015 ha posto la diagnosi con

influsso sulla capacità lavorativa di " Stato da intervento per ernia discale C6/7 a destra (dicembre 2013) con minima residua sintomatologia deficitaria sensitiva intermittente C7 a destra, senza rilevante componente algica " e senza influsso sulla capacità lavorativa di: " Stato da due interventi di discectomia L5/S1 a sinistra (2002 e 2004) attualmente senza deficit sensitivo-motori residui; sindrome lombovertebrale cronica. Dolore cervicali a sinistra non riferibili a patologia neurologica. Emicrania senza aura ". Il perito del SAM, ha analizzato compiutamente lo stato neurologico della ricorrente nel corso di una visita che ha avuto luogo il 28 ottobre 2015. Dopo aver riportato l'anamnesi e l'esame neurologico (come pure gli esiti della RM cervicale del 12 gennaio 2011 e della RM lombare del 7 settembre 2013), il perito del SAM ha concluso che continuasse ad intermittenza una minima sindrome sensitiva C7 a destra, senza deficit più costanti e che i disturbi parestetici descritti dall'assicurata fossero spiegati da una recidiva di sindrome del tunnel carpale a destra, l'assicurata era già stata operata per questa patologia che in quel momento non era sintomatica. Più recentemente aveva accusato forti dolori lateralmente alla colonna cervicale a sinistra che non si estendevano verso il braccio e non avevano caratteristiche radicolari, non erano neppure presenti al momento della valutazione neurologica né chiaramente scatenabili ai movimenti della colonna cervicale. Il perito riteneva che si trattasse di dolori di origine esclusivamente muscolotensiva e non neurogena. Infine ha segnalato la presenza di cefalee che si erano manifestate fin dall'età scolastica, con crisi recidivanti che, sulla base delle loro caratteristiche, corrispondevano ad un'emicrania senz'aura. Pur essendo le crisi di cefalea relativamente frequenti, tre-quattro volte al mese, queste erano ben conosciute all'assicurata e le avevano sempre permesso di svolgere un'attività lavorativa, per ammissione dell'assicurata stessa solo raramente era stata costretta ad assentarsi dal lavoro a causa delle cefalee. Anche queste non causavano dunque una limitazione della capacità lavorativa. Unico elemento neurologico che poteva essere ritenuto eventualmente limitante era costituito dalla sintomatologia irradiante al braccio destro probabilmente corrispondente ad una discreta sindrome radicolare sensitiva C7 a destra comunque senza dolori e con sintomi molto discreti. Questa avrebbe potuto d'altro canto esacerbare se ella fosse stata costretta ad eseguire attività pesanti per gli arti superiori e per la colonna cervicale. Per un'attività comunque adatta e che tenga conto di questi aspetti il perito ha ritenuto che vi fosse una capacità lavorativa completa del 100%, per un'attività invece che tendesse a sollecitare in modo rilevante gli arti superiori e la colonna cervicale per gli aspetti neurologici avrebbe potuto esserci al massimo un'incapacità lavorativa del 10%. Non vi erano in quel momento proposte terapeutiche ulteriori al di fuori del proseguimento della terapia antalgica già in corso. Rispetto a quanto era stato descritto in occasione di precedenti valutazioni neurologiche ed in particolare nel 2013 e 2014 ha trovato comunque una situazione migliorata, la radicolopatia iperalgica C7 a destra allora presente era nettamente regredita ed anche la mobilità cervicale era diventata soddisfacente; nel luglio 2014 era descritta ancora un'evoluzione poco favorevole dei dolori cervicali ma il perito riteneva che ciò si sia nel frattempo modificato con un'evoluzione che permettesse, almeno per quel che riguardava gli aspetti neurologici, di definire le limitazioni della capacità lavorativa indicate. Dal punto di vista neurologico in conclusione il perito ha ritenuto che per l'attività di venditrice potesse esservi al massimo un'incapacità lavorativa del 10%, a causa dei lievi sintomi residui intermittenti C7 a destra che avrebbero potuto esacerbare in caso di sollecitazione maggiore della colonna cervicale e degli arti superiori. Questa sintomatologia sussisteva dal dicembre 2013: inizialmente i sintomi erano nettamente più pronunciati ed era sicuramente giustificata un'incapacità lavorativa

maggiore, almeno fino alla seconda metà del 2014 (praticamente da agosto 2014) del 100% a causa degli importanti dolori persistenti. Tra settembre e dicembre 2014 vi era stato un progressivo miglioramento, si poteva dunque ritenere che in questa fase dal punto di vista neurologico vi fosse un'incapacità lavorativa del 50%. Almeno da gennaio 2015, secondo i dati descritti dall'assicurata, la situazione sembrava essere quella attualmente descritta. L'incapacità lavorativa del 10% era giustificata dalla discreta sintomatologia verosimilmente radicolare C7 a sinistra, residua che avrebbe potuto esacerbare in situazioni di particolare sollecitazione degli arti superiori e della colonna cervicale. Per ciò che concerne il grado di capacità lavorativa in attività adeguata il perito ha ritenuto che in attività in cui è possibile evitare particolari sollecitazioni della colonna vertebrale e cervicale si potesse ipotizzare anche una capacità lavorativa del 100% dal punto di vista neurologico. L'assicurata poteva svolgere l'attività di casalinga nella misura del 100%. Non vi erano proposte terapeutiche attualmente dal punto di vista neurologico ed era probabile che, per ciò che concerne la prognosi a medio-lungo termine, i sintomi descritti sarebbero persistiti in modo variabile a lungo termine. Le opinioni del dr. med. _____, specialista in neurologia, (in particolare, quelle dell'11 novembre 2016: pag. 569 e 570) sono state debitamente prese in considerazione e analizzate dal perito del SAM nel complemento peritale del 2 novembre 2017. Il perito del SAM, nella motivata e approfondita presa di posizione del 2 novembre 2017 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.3, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui la sua valutazione diverge da quella, confermata da ultimo anche nel rapporto medico dell'11 novembre 2016, del neurologo curante, puntualizzando che " I sintomi che aveva descritto la paziente al momento della valutazione neurologica e che riprende il Dr. _____ alla sua valutazione ormai di un anno fa (07.11.2016) sono principalmente di competenza reumatologica. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici la nuova documentazione non porta a modificare la valutazione dell'ottobre 2015 " (doc. 2) . D'altra parte la valutazione del neurologo curante, seppur divergente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito neurologo e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell'interessata ha sulla sua capacità di lavoro. Per quanto concerne invece la critica mossa all'operato del perito neurologo del SAM per aver formulato le proprie considerazioni del 2 novembre 2017 solo basandosi sulla lettura degli atti, senza aver preso conoscenza della concreta situazione (in particolare, senza aver visitato nuovamente l'assicurata), giova qui ricordare che, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è possibile se il medico dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (STCA 32.2017.27 dell'11 settembre 2017, consid. 2.71 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). In concreto il dr. med. _____, perito neurologo del SAM, che ha personalmente visitato l'assicurata in occasione delle perizia SAM del 2015, ha potuto stabilire, sulla base degli atti dell'incarto, che " I sintomi che aveva descritto la paziente al momento della valutazione neurologica e che riprende il Dr. _____ alla sua valutazione ormai di un anno fa (07.11.2016) sono principalmente di competenza reumatologica. Per quel che riguarda gli aspetti neurologici la nuova documentazione non porta a modificare la valutazione dell'ottobre 2015 " (doc. 2). D'altra parte, giova qui ricordare, che l'emanazione della decisione qui impugnata (in casu , il 16 febbraio 2017) segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3). Il TCA non ha quindi

motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito neurologo del SAM.

2.6.3. Dal punto di vista reumatologico, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale nel rapporto del 9 ottobre 2015 ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Sindrome cervicospondilogenica con possibile componente radicolare, cronica a ds. in: - esiti da discectomia C6-C7, decompressione radicolare C7 a ds., con posizionamento di cage intersomatica, il 12.12.2013, con minima residua sintomatologia deficitaria sensitiva intermittente C7 a ds. senza rilevante componente algica. Sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale con possibile instabilità segmentale, in:- note alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (parziale oblitterazione recessuale L2-L3 a sin, su materiale discale, stenosi recessuale L3-L4 a ds., stenosi recessuale L4-L5 a ds., stenosi foraminale bilaterale L5-S1, alla MRI lombare dell'ottobre 2014); esiti da duplice intervento di decompressione del segmento L5-S1, il 10.10.2002 e il 9.12.2004; disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, iperlordosi lombare, minima scoliosi destro-convessa dorsale); decondizionamento e sbilancio muscolare . ". Il perito del SAM, ha analizzato compiutamente lo stato reumatologico della ricorrente nel corso di una visita che ha avuto luogo l'8 ottobre 2015. Dopo aver puntualizzato che l'anamnesi personale, sistemica, familiare e sociale era riassunta negli atti redatti dalla dr.ssa med. _____, il perito del SAM ha riportato l'anamnesi reumatologica da terzi, i dati soggettivi dell'assicurata e i dati oggettivi (stato generale; sistema locomotore, in particolare colonna vertebrale e articolazioni periferiche; sistema nervoso cursorio) accertati durante la visita, concludendo che, rispetto alla valutazione reumatologica antecedente del 12 aprile 2010, per quanto concerneva esclusivamente le patologie di mia stretta competenza, ossia quelle al rachide e alle articolazioni periferiche, lasciando al neurologo il compito di valutare la sintomatologia derivante da eventuali radicolopatie, la mobilità del rachide cervicale e lombare, nel corso degli ultimi cinque anni, era leggermente diminuita, l'assicurata nel frattempo è stata sottoposta a discectomia C6/C7 con decompressione radicolare C7 a destra con posizionamento di una gabbia intersomatica il 12.12.2013, le alterazioni degenerative, anche con il processo di invecchiamento, erano progredite al rachide lombare, stando all'ultima risonanza magnetica della colonna lombare nell'ottobre 2014. La terapia farmacologia analgesica era stata fortemente potenziata mentre la riabilitazione muscolare, in particolare del corsetto muscolare lomboaddominale, era stata completamente trascurata. La capacità funzionale e di carico residua dell'assicurata, rispetto alla valutazione peritale precedente del 12 aprile 2010, andava rivista soprattutto per i carichi sollevati e trasportati e per tutte le attività che venivano svolte oltre il piano orizzontale. Il perito ha ribadito che l'esigibilità lavorativa posta teneva esclusivamente conto delle patologie di stretta competenza reumatologica. In un'attività adatta allo stato di salute dell'assicurata, rispettante tutti i limiti funzionali e di carico indicati, è stata giudicata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con un rendimento massimo del 100 %, a distanza di 6 mesi dall'intervento-neurochirurgico al rachide cervicale del 12 dicembre 2013, vale a dire dal 12 giugno 2014. Nella sua ultima attività principale come venditrice presso un negozio di abbigliamento, è stata giudicata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3, sempre a partire dal 12 giugno 2014. In qualità di casalinga, sempre a partire dal 12 giugno 2014, è stata valutata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 15%, a decorrere dal 12 giugno 2014. È giustificata un'inabilità lavorativa totale del 100 %, per qualsiasi tipo di attività, a partire dal 12

dicembre 2013 fino all'11 giugno 2014. Precedentemente all'intervento neurochirurgico al rachide cervicale del 12 dicembre 2013 poteva essere ritenuta valida la valutazione della capacità lavorativa attestata dai medici curanti, in particolare dal neurologo curante Dr. _____ di _____. Il TCA non ha motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito reumatologo del SAM. D'altra parte la valutazione del neurologo curante, che non è quindi specialista della materia che qui ci occupa, seppur divergente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito reumatologo (nella presa di posizione del 2 novembre 2017 il perito neurologo ha puntualizzato che i sintomi che aveva descritto la paziente al momento della valutazione del SAM nel 2015 e ripresi dal neurologo curante nel 2016 erano di competenza del reumatologo), che vanta un'ampia esperienza in ambito assicurativo, e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che la patologia dell'interessata ha sulla sua capacità di lavoro. In siffatte circostanze, tenuto conto che i periti del SAM hanno proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurata, il fatto che essi - in particolare, il neurologo - avessero a disposizione i rapporti medici dei curanti del 2014 (inclusa, quindi, la lettera del 6 maggio 2014 ed il rapporto medico del 28 luglio 2014 del neurologo curante di cui a pag. 329-330 e 349-353 incarto AI, ed i referti del 16 dicembre 2013 e del 29 gennaio 2014 del _____ di _____ di cui al doc. 331-336 incarto AI e il rapporto medico del _____ dell'11 novembre 2014 di cui a pag. 372-377) rispettivamente il referto del 6 febbraio 2015 del Neurocentro (pag. 395-396 incarto AI), lo scritto del 24 agosto 2015 della psichiatra curante (pag. 408 incarto AI) e 1° ottobre 2015 medico di famiglia (pag. 413 incarto AI), ma nessun aggiornamento dello stato di salute neurologico da parte del neurologo curante, al momento in cui hanno proceduto all'esame peritale dell'assicurata, è ininfluenza ai fini del giudizio. In particolare non è una circostanza atta a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedeltà della perizia del SAM del 23 dicembre 2015 e del relativo complemento del perito neurologo del 2 novembre 2017, con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurata, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dai periti del SAM, come pure dell'esigibilità posta dai medesimi specialisti che peraltro vantano un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Il TCA non ha quindi neppure motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dai periti dell'amministrazione con riferimento alla capacità lavorativa medico-teorica globale nell'attività da ultimo esercitata come venditrice (" Dal punto di vista neurologico vi è un'incapacità lavorativa totale da dicembre 2013 ad agosto 2014. Una capacità lavorativa del 50% dal settembre 2014 al dicembre 2014. Una capacità lavorativa del 90% da gennaio 2015. Dal punto di vista reumatologico vi è un'incapacità lavorativa totale da dicembre 2013 al 12.6.2014 e un grado di capacità lavorativa del 66% (113 di riduzione) dal 12.6.2014. Dal punto di vista psichiatrico vi è un aumento del grado d'incapacità lavorativa rispetto a quanto rilevato nella perizia del 2010, dove si attestava una riduzione della capacità lavorativa del 20%. L'A. presenta ora un grado di capacità lavorativa del 50% da giugno 2015 in avanti. Globalmente si attesta quindi un grado di capacità lavorativa al 40% da giugno 2015 in avanti. In precedenza da maggio 2014 a maggio 2015 l'A. è ritenuta inabile al lavoro al 100% per la patologia psichiatrica. Complessivamente l'A. va considerata abile allo 0% da dicembre 2013 a, maggio 2015 (prima per la patologia somatica al rachide dopo intervento cervicale in seguito per la patologia psichiatrica). Da giugno 2015 l'A. è abile nella misura del 40% come venditore "), in un'attività adeguata (" L'A. presenta, per motivi neurologici un grado d'incapacità lavorativa totale da dicembre 2013 ad agosto 2014, un grado di capacità lavorativa del 50%

da settembre 2014 a dicembre 2014, un grado di capacità lavorativa del 100% da gennaio 2015. Dal punto di vista reumatologico l'A. è ritenuta inabile al 100% da dicembre 2013 al 12.6.2014 ed è ritenuta abile al 100% dal 12.6.2014. Dal punto di vista psichiatrico presenta un grado di capacità lavorativa del 50% da giugno 2015 in avanti. In precedenza è stata inabile al lavoro al 100% da maggio 2014 a maggio 2015. Complessivamente dunque da giugno 2015 l'A. è considerata abile al 50%. In precedenza è stata abile allo 0% da dicembre 2013 a Maggio 2015 ") e in ambito domestico (" abile all'85% da luglio 2014. In precedenza, da dicembre 2013 a giugno 2014, presenta un grado d'incapacità lavorativa del 100%. Dal punto di vista psichiatrico l'A. non ha mai presentato inabilità lavorativa nell'attività di casalinga, potendosi gestire nei tempi e nei modi "). Tanto più che le stesse sono state fatte proprie anche dal medico SMR nel rapporto finale dell'8 gennaio 2016 di cui si è pure già ampiamente detto al consid. 2.3. 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). In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione dei periti del SAM (segnatamente la perizia del 23 dicembre 2015 ed il complemento neurologico del 2 novembre 2017) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.5), ad esse va dunque attribuita piena forza probante. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dagli specialisti dell'amministrazione e dal medico SMR, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, data questa (in casu , il 16 febbraio 2017) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3). Per quanto concerne i successivi documenti medici prodotti dal patrocinatore dell'insorgente [segnatamente: il rapporto operatorio del 20 ottobre 2017 e la lettera di degenza del 23 ottobre 2017, ambedue del dr. med. _____ (doc. I e L) e l'attestazione del 27 dicembre 2017 rilasciato dalla Clinica _____ di _____ riguardante il ricovero in regime stazionario a far tempo dal 12 dicembre 2017 della sua assistita (doc. M)], essa non porta alcun nuovo elemento clinico per una diversa valutazione della fattispecie. Giova difatti ribadire che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 16 febbraio 2017. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (fra le tante cfr. DTF 130 V 138). Tale

documentazione medica - alla luce anche dell'annotazione del 13 dicembre 2017 del med. SMR, _____, (doc. 2) di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.3 - viene quindi trasmessa all'UAI affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. 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, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre 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, 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 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 nell'attività abituale di venditrice presenta un'incapacità lavorativa del 100% (intesa come riduzione di rendimento) dal dicembre 2013 al maggio 2015 e del 60% (intesa come riduzione di rendimento) dal giugno 2015 e continua mentre in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti funzionali indicati dai periti neurologo e reumatologo del SAM e confermati dal medico SMR) presenta un'incapacità lavorativa del 100% (intesa come riduzione di rendimento) dal dicembre 2013 al maggio 2015 e del 50% (intesa come riduzione di rendimento) dal giugno 2015 e continua e, da ultimo, nelle mansioni consuete di casalinga presenta un'incapacità lavorativa del 100% (intesa come riduzione di rendimento) dal dicembre 2013 all'11 giugno 2014 e del 15% (intesa come riduzione di rendimento) dal 12 giugno 2014 e continua. Va inoltre rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, 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, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale,

composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare – senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) – che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. Inoltre, quanto alla possibilità di reintegrazione senza la necessità di provvedimenti professionali, questo Tribunale condivide la conclusione (rimasta incontestata) del consulente in integrazione professionale che, nella valutazione del 10 ottobre 2016 (pag. 529 incarto AI), ha stabilito che "(...) pur avendo grado d'invalidità superiore al 20%, considerato il grado d'incapacità lavorativa (50%) e l'iter scolastico-socio-professionale dell'assicurato, non riteniamo sia opportuno mettere in atto provvedimenti di ordine professionali. Su richiesta scritta, restiamo a disposizione per valutare l'adozione di un eventuale aiuto al collocamento. Si ritiene conclusa la pratica. (...)".

2.7. In merito alla valutazione economica, in applicazione del metodo misto (50% salariata e 50% casalinga; cfr. consid. 2.3), va rilevato quanto segue. Preliminarmente va osservato che, in applicazione della media retrospettiva (cfr., fra le tante, sentenza 32.2014.189 del 2 marzo 2015), l'UAI ha ritenuto che l'assicurata (che presentava un grado di invalidità del 20% a decorrere dal 1° gennaio 2010; cfr. consid. 1.1) avrebbe avuto diritto ad un quarto di rendita d'invalidità con grado AI del 40% dal 1° febbraio 2014 al 30 aprile 2014 e ad una rendita intera con grado AI del 100% dal 1° maggio 2014 (tre mesi dopo la modifica del grado AI, art. 88 a OAI). Ora, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa, giusta il quale, colui che rivendica una prestazione deve annunciarsi all'assicuratore competente nella forma prescritta per l'assicurazione sociale interessata (cpv. 1), gli assicuratori sociali consegnano gratuitamente i formulari per la domanda e per l'accertamento del diritto a prestazioni; questi formulari devono essere trasmessi al competente assicuratore dopo essere stati compilati interamente e in modo veritiero dal richiedente o dal suo datore di lavoro ed eventualmente dal medico curante (cpv. 2), se una domanda non rispetta le esigenze di forma o se è trasmessa a un servizio incompetente, per quanto riguarda l'osservanza dei termini e gli effetti giuridici collegati alla domanda è determinante la data in cui essa è stata consegnata alla posta o inoltrata a tale servizio (cpv. 3). Visto che la domanda della ricorrente risale al 27 marzo 2014 (pag. 313-319 incarto AI), è a ragione che l'UAI ha proceduto al versamento della rendita unicamente a decorrere dal 1° settembre 2014 (ovvero 6 mesi dopo la precitata richiesta).

2.8. Grado d'invalidità per la parte salariata. L'insorgente non ha contestato gli importi ritenuti dall'UAI di fr. 26'723.- quale reddito da valida e, tenendo conto di una riduzione del rendimento del 50% e di una deduzione sociale del 15% per attività leggere ed altri fattori di riduzione, di fr. 11'098.- quale reddito ipotetico da invalida (cfr. pag. 2 e 3 decisione avversata). Ritenuto quindi che l'aspetto economico non è stato contestato dall'insorgente, questo Tribunale non ha motivo di verificare oltre il calcolo effettuato dall'amministrazione (in questo senso cfr. le STCA 32.2017.40 del 20 settembre 2017

consid. 2.6; 32.2016.137 del 23 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.122 del 10 maggio 2017 consid. 2.8; 32.2016.109 dell'8 maggio 2017 consid. 2.10; 32.2016.108 del 2 maggio 2017 consid. 2.9 e 32.2016.107 del 10 aprile 2017 consid. 2.6; STCA 32.2017.81 del 18 dicembre 2017, consid. 2.11.1). Di conseguenza, l'invalidità per la parte salariata è del 23% ([26'723 - 11'098] : 26'723 x 100 = 58.47%). 2.9. Grado d'invalidità per la parte casalinga. 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. sul tema: STCA 32.2017.81 del 18 dicembre 2017, consid. 2.4 e 2.5), questo Tribunale rileva quanto segue. Nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2015, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera è prevista una ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo 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 2 5 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 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 confacente, 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 provvedimenti 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 ragionevolmente 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 considerazione per il calcolo dell'invalidità soltanto se l'assicurato 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 problemi 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 momento della valutazione dell'invalidità non sarà tenuto conto della diminuzione della capacità al lavoro nell'ambito domestico." Al riguardo, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha stabilito 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 confermato 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 tuttavia 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 già citata DTF 128 V 93, il TFA, a proposito del valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'ufficio AI, ha rilevato: " (...) Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Betreuungsaufwandes. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Obwohl von zentraler Bedeutung für die Beurteilung des Anspruchs auf Beiträge an die Hauspflege und im Hinblick auf die Beweiswürdigung regelmässig zumindest wünschenswert, besteht

an sich keine strikte Verpflichtung, die an Ort und Stelle erfassten Angaben der versicherten Person (oder ihrem gesetzlichen Vertreter) zur Durchsicht und Bestätigung vorzulegen. Nach Art. 73bis Abs. 1 IVV genügt es, wenn ihr im Rahmen des Anhörungsverfahrens das volle Akteneinsichtsrecht gewährt und ihr Gelegenheit gegeben wird, sich zu den Ergebnissen der Abklärung zu äussern (vgl. -generell- BGE 125 V 404 Erw. 3, bie Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01). (...)" (DTF 128 V 93, consid. 4, pagg. 93-94) In concreto, l'Ufficio AI ha incaricato l'assistente sociale di esperire un'inchiesta economica (pag. 503 incarto AI), eseguita il 3 marzo 2016 (pag. 504-510 incarto AI). Il relativo rapporto è stato allestito il 24 marzo 2016 ed ha il seguente tenore: "(...) 5. ATTIVITÀ - descrizione degli impedimenti dovuti all'invalidità 5.1 Conduzione dell'economia domestica pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo importanza assegnata 5% percentuale degli impedimenti 0% percentuale di invalidità 0% La signora RI 1 pianifica e organizza da sé e con le medesime capacità di sempre il proprio ménage domestico. 5.2 Alimentazione preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve importanza assegnata 45% percentuale degli impedimenti 10% percentuale di invalidità 4,5% L'A.ta dichiara di consumare perlopiù pietanze fredde o comunque di veloce preparazione. Non ama i cibi precotti per cui consuma joghurt, insalate, panini, zwieback, ecc. Ricorda come un tempo amava dilettarsi fra i fornelli, oggi al contrario lamenta una mancanza di energia, di volontà e di appetito. Con la mano destra fatica a tagliare i cibi più duri, infatti sta ripresentando il dolore al tunnel carpale operato nel 2013, afferma. La pulizia a fondo della cucina è stata delegata alla figlia. Potendo gestire i tempi e i modi, in un'attività piuttosto leggera considerato il carico modesto, per l'A.ta si giustificano unicamente impedimenti di ordine reumatologico, come da limiti dell'incarto. 5.3 Pulizia dell'appartamento rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti, ecc. importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 40% percentuale di invalidità 8% La signora RI 1 si definisce una persona che amava la pulizia ma soprattutto l'ordine ma con il peggiorare del suo stato di salute deve attualmente delegare le pulizie più pesanti alla figlia (vetri, stagionali, cambio lenzuola). L'A.ta dichiara di poter passare l'aspirapolvere e il moccio alternando l'attività a frequenti pause. Infatti, il gesto continuo dell'arto superiore le provoca facilmente dolore. Tuttavia, va a giornate, per cui quando non se la sente deve per forza rimandare a un tempo migliore. Si tratta inoltre di pulizie più superficiali rispetto a un tempo, anche quella del locale bagno. Tenuto conto delle limitazioni all'incarto giustificiamo un impedimento del 40% dovuto anche a un allungamento dei tempi. L'A.ta può infatti distribuire le mansioni su più momenti e giorni ma per quelle più pesanti e che implicano l'assunzione prolungata di posture non ergonomiche necessita dell'aiuto esterno. 5.4 Spesa e acquisti diversi compresi pagamenti, trattative assicurazioni e rapporti ufficiali importanza assegnata 10% percentuale degli impedimenti 30% percentuale di invalidità 3% Dovendosi spostare a piedi l'A.ta suddivide le occasioni di acquisto su più giorni a settimana, di regola si reca in negozio ogni due giorni appunto. Normalmente utilizza la borsa carrello per trasportare la merce ma occasionalmente si reca oltreconfine con la figlia per effettuare gli acquisti più pesanti. L'A.ta riferisce di non poter camminare a lungo; ad es. camminare fino al _____ (800 m) le provoca in seguito dolore all'anca e all'arto destro. Ella esce esclusivamente per gli acquisti o per altre necessità ma tende ad evitare i contatti sociali, anche perché spesso le conoscenze le chiedono di lei o della figlia e dover ripetere le stesse cose la infastidisce. Si occupa da sempre della propria contabilità lamentando un certo stress dovuto alla ristrettezza economica del momento. L'A.ta avendo a

sede medica. D'altra parte la valutazione operata dall'assistente sociale viene in sostanza confermata anche dai periti del SAM che, nella perizia del 23 dicembre 2015, hanno concluso per un'incapacità lavorativa nelle mansioni consuete di casalinga del 15% (intesa come riduzione del rendimento), puntualizzando che dal punto di vista psichiatrico l'assicurata non aveva mai presentato inabilità lavorativa nell'attività di casalinga, potendosi gestire nei tempi e nei modi (pag. 453 incarto AI) e anche dal dr. med. _____, medico SMR, nel rapporto finale dell'8 gennaio 2016 che ha confermato un'incapacità lavorativa nelle mansioni consuete di casalinga del 15% (intesa come riduzione del rendimento). Non consente di giungere ad una diversa conclusione la valutazione del dr. med. _____, in particolare quella dell'11 novembre 2016 (" Anche a livello casalingo non ritengo che le capacità lavorative superino il 50%: nonostante le possibilità di estendere il periodo impiegato per esercitare le faccende e l'assenza di costrizioni temporali, alcuni compiti non sono eseguibili autonomamente o vengono preferibilmente evitati, come la preparazione dei pasti "), che non ha evidentemente preso in considerazione tutte le mansioni di casalinga e non ha neppure tenuto conto, come invece ha fatto la funzionaria dell'AI nell'ambito della sua inchiesta a domicilio (pag. 504 e ss. e seguenti incarto AI), dell'obbligo di ridurre il danno e di reciproca ed accresciuta assistenza familiare. 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. Tanto più che l'inchiesta domiciliare è stata confermata il 5 aprile 2016 anche dal medico SMR, d r. med. _____, giusta il quale " Dall'attuale inchiesta casalinghe risulta un impedimento del 16.5% (recte: 17.5%), impedimento che in pratica combacia con l'impedimento medico-teorico espresso dai periti del SAM. OK quindi per impedimento del 16.5% (recte 17.5%) come da inchiesta " (pag. 512 incarto AI). 2.10. Visti i gradi d'invalidità, per la parte salariata del 58.47% (cfr. consid. 2.8) e per quella casalinga del 17,5% (cfr. consid. 2.9), rispettando la suddivisione dei campi d'attività (50% salariata e 50% casalinga; cfr. consid. 2.3) e in applicazione del metodo misto (cfr. consid. 2.3), il grado d'invalidità globale al giugno 2015 (momento in cui ha avuto luogo il miglioramento dello stato di salute dell'assicurata: cfr. consid. 2.6.3) si attesta al 38% (50 [parte salariata] x 58.47% [impedimento parte lucrativa] + 50 [parte casalinga] x 17,5% [tasso di impedimento nelle mansioni consuete] = 29.23% + 8,75% = 37,98%, arrotondato al 38% secondo la DTF 130 V 121 consid. 3.2). Questo grado d'invalidità non conferisce il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.1). Di conseguenza l'amministrazione ha ridotto la rendita da intera a mezza dal 1° ottobre 2015, ossia tre mesi dopo il miglioramento della capacità lucrativa - fissato al mese di giugno 2015 (cfr. consid. 2.6.3) - come prescritto dall'art. 88a cpv. 1 OAI (cfr. consid. 2.2). In conclusione, visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.11. 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.