

TI_GERICHTE 32.2018.29 vom 25. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.29

FR: TI_GERICHTE 32.2018.29 du 25 janvier 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.29 del 25 gennaio 2018

Regeste

Assicurata salariata a tempo parziale. Metodo misto di calcolo dell'invalidità. Confronto dei redditi. Inchiesta per persone occupate nell'economia domestica

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). Per 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. 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo

l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) 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). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) 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, pagg. 254-257). Nella STF 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 (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla 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 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. 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. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è 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. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). 2.4. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore fino al

31 dicembre 2017, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). Sono quindi escluse le attività del tempo libero (N. 3082 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS, in vigore dal 2015 nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2017). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro. Nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Il nuovo art. 27 cpv. 2 OAI stabilisce che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità di religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità. Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. R. Leuenberger - G. Mauro, "Changements dans la méthode mixte", in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 segg. (45-46)). Come emerge dalle spiegazioni pubblicate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali alla Modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) – Valutazione dell'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (metodo misto) – in merito agli adeguamenti dal 1° gennaio 2018 concernenti l'applicazione del metodo misto in seguito alla sentenza 7186/09 della Corte europea dei diritti dell'uomo del 2 febbraio 2016, si è dunque posto l'accento sulle attività che possono essere equiparate a un'attività lucrativa ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 LAI. Si tratta delle attività che soddisfano il criterio dei terzi, vale a dire che, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, possono essere tipicamente eseguite da terzi dietro pagamento. Le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica, come le attività artistiche o di pubblica utilità, non possono invece essere equiparate a un'attività lucrativa e quindi riconosciute come mansioni consuete, se non in casi speciali (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2). Queste occupazioni non vanno dunque disciplinate in modo generale dall'OAI e pertanto non sono più espressamente menzionate nell'Ordinanza (cfr. punto 1.2 pag. 6 delle citate spiegazioni dell'UFAS). Come evidenziato dall'Ufficio federale sugli adeguamenti del metodo misto (cfr. punto III pag. 9), dal 1° gennaio 2018 il nuovo art. 27 OAI pone

quindi l'accento sui lavori domestici necessari che possono essere equiparati ad un'attività lucrativa. Per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se si tratti di un'attività che può essere eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento. È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio). Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari; rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato. Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solo dopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano ad essere svolte da terzi come prima. Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività puramente ricreative – le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento – non rientrano tra le attività da considerare nell'ambito delle mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb). Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale. 2.5. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui s e l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto " metodo misto ") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 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

E. 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). Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da "persona con attività lavorativa a tempo pieno" a "persona con attività lavorativa a tempo parziale") che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 del 8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (STF 9C_671/2017 del 12 luglio 2018 consid. 3.2.1 con riferimenti). Infine va fatto presente che, oltre all'art. 27 OAI (cfr. consid. 2.4), anche l'art. 27bis cpv. 2 - 4 OAI è stato modificato con effetto dal 1° gennaio 2018. In particolare, conformemente all'art. 27bis cpv. 3 lett. a OAI, è stato introdotto un nuovo modello di calcolo. Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che "(...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)". 2.6. 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). 2.7. Nella STCA dell'11 giugno 2013 (doc. AI 140/417-446), questo Tribunale ha accertato che l'UAI ha applicato il metodo misto e sulla base dei dati forniti dalla ricorrente ha considerato l'assicurata salariata al 50% e casalinga al 50%. Tale suddivisione non era stata contestata dalla ricorrente e il TCA l'ha confermata (cfr. consid. 2.8 della citata sentenza sub doc. AI 140/424). Anche nella presente fattispecie, sulla base dei dati forniti dalla ricorrente nell'ambito dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 22 agosto 2017 (doc. AI 186/727-733, in particolare laddove risulta che "(...) dopo il suo impiego quale ausiliaria di pulizia al 50% presso la _____ ha aperto un'attività indipendente (negozio di _____) con la figlia. A colloquio l'assicurata riferisce che il suo impegno era molto ridotto e la gestione del negozio era nelle mani della figlia. L'attività è terminata nel novembre 2015 per conflitti familiari. (...)” (doc. AI 186/728)), questo Tribunale non ravvisa alcuna ragione per scostarsi dal succitato riparto (50% salariata – 50% casalinga), peraltro rimasto incontestato. 2.8. Per quanto concerne l'aspetto medico l'Ufficio AI – vista la richiesta di perizia 14 agosto 2016 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 174/582-584) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del Servizio Accertamento Medico (SAM) (doc. AI 175/585-588, 176/589 e 177/590-591). Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 28 aprile 2017 (doc. AI 183/599-721), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa _____), neurologica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____). Elencati gli atti, descritte l'anamnesi (familiare, personale -sociale, professionale, patologica e sistemica con le affezioni e i disturbi soggettivi attuali e la descrizione della giornata) e le constatazioni obiettive, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente (nei giorni 1 e 15 dicembre 2016, nonché 11 e 19 gennaio, 2 febbraio e 7 marzo 2017) presso il citato centro

d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: **Sindrome lombovertebrale cronica con componente spondilogeno prevalentemente sul lato ds. in: - stato dopo intervento chirurgico di fissazione intersomatica con PLIF del segmento L4-L5 eseguito in data 11.6.2010. Periartrite omeroscapolare tendinopatica bilaterale e stato dopo intervento chirurgico artroscopico con ricostruzione del sovraspinoso, decompressione sottoacromiale ed asportazione di calcificazione della spalla sin. in data 26.5.2011. Sindrome fibromialgica di tipo primario. Episodio depressivo lieve (ICD-10 F32.0).** 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: **Esiti dopo distorsione della caviglia ds. nel 1993 e terapia conservativa. Anamnesticamente irritazione radicolare L5 ed S1 a ds. senza segni attuali di radicolopatie residuali in stato dopo spondilodesi L4-L5 in data 11.6.2010. Anamnesticamente sindrome del tunnel carpale bilaterale, attualmente non più presente. Altri disturbi specifici di personalità (passivo-aggressivo) (ICD-10 F60.8). Obesità corporea (BMI 36,2 kg/m²). Ipertensione arteriosa trattata. Reazione allergica ai cortisonici di classe A, B e D. Stato varicoso bilaterale agli arti inferiori in: - stato dopo stripping della vena safena magna a ds. con recidivo varicoso mediale alla coscia e laterale alla gamba ds., - insufficienza della vena safena magna a sin. con varicosi laterale al ginocchio. (...)" (doc. AI 183/633-634) Visti tutti gli atti medici raccolti – evidenziato che: "(...) Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM e tra la Dr.ssa med. _____ e il Dr. med. _____ in data 18.4.2017 alle ore 11:50, tramite teleconferenza. (...)" (doc. AI 183/634), dopo un'attenta discussione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) L'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A. nell'ultima attività lavorativa esercitata in qualità di venditrice di prodotti alimentari, ma pure nelle precedenti attività di aiuto cameriera, aiuto cucina, ausiliaria per pulizie, va considerato nella misura del 50% (limiti funzionali e di carico nonché riduzione del rendimento sull'arco di un normale orario lavorativo). (...)" (doc. AI 183/640) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8 **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** 8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 50% come descritto al capitolo 7. 8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? I deficit funzionali si manifestano sul piano psicologico e mentale, nonché reumatologico. Dal lato psichiatrico l'A. risulta limitata nel suo rendimento lavorativo per una riduzione delle capacità attentive e di concentrazione, nonché una riduzione della carica vitale, facile irritabilità, nonché insonnia per risvegli multipli. Sul piano reumatologico l'A. è limitata in attività particolarmente pesanti, non ergonomiche per la colonna vertebrale in relazione alla fissazione intersomatica L4-L5. Vanno evitati movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco e soprattutto di estensione. Inoltre da evitare sono le posizioni statiche sia seduta, sia eretta per periodi superiori ai 30-60 min. e periodi di deambulazione superiore ai 60 min. L'A. può salire e scendere scale ma non ripetutamente. E' inoltre limitata in attività lavorative da svolgersi con le braccia alzate bilateralmente in modo o se deve continuamente alzare ed abbassare le braccia sopra l'orizzontale. Le limitazioni descritte in ambito psichiatrico e reumatologico non vanno cumulate bensì integrate in quanto in gran parte entrambe considerano la riduzione del rendimento e pertanto si sovrappongono. 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 50% come descritto al capitolo 7. 8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto**

nell'arco dell'intera giornata lavorativa. La capacità lavorativa nella misura del 50% va intesa come rendimento globalmente ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa (vedasi capitolo 7). 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Non concerne. 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Pause più prolungate sono raccomandate e già conteggiate nella quantificazione di cui sopra. 8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? La capacità lavorativa nella misura del 50% nell'attività abituale può essere considerata valida a decorrere da dicembre 2015. Confermiamo inoltre la precedente valutazione del reumatologo Dr. med.

_____ (atto del 10.4.2012) riguardante un'inabilità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività lucrativa a decorrere dal 26.3.2011 sino al più tardi ad aprile 2012 e ciò per l'intervento effettuato alla spalla sin. con decorso complicato da una capsulite retrattile. 9
CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 80%. 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Un'attività lucrativa adeguata dovrà tenere in esatta considerazione le limitazioni funzionali e di carico descritte in ambito reumatologico (vedasi consulto reumatologico del Dr. med. _____ e risposta al quesito 8.1.1). Si dovrà inoltre trattare di un mansionario poco strutturato, possibilmente da effettuarsi in piccoli gruppi viste le difficoltà relazionali dell'A. . 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. 80% (riduzione del rendimento lavorativo sull'arco di un normale orario giornaliero). 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. La percentuale dell'80% va intesa come rendimento globalmente ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Ribadiamo, come già esposto al quesito 8.1.1 che le limitazioni evidenziate in ambito psichiatrico e reumatologico non vanno cumulate bensì integrate in quanto entrambe tengono in considerazione principalmente la riduzione del rendimento lavorativo e pertanto si sovrappongono. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Non concerne. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Pause prolungate sono raccomandate e già conteggiate nella quantificazione di cui sopra. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? La capacità lavorativa nella misura dell'80% va considerata, per le sole ragioni mediche, a decorrere da dicembre 2015 (vedi risposta al quesito 8.1.3). 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. Per l'attività di casalinga (economia domestica di due sole persone adulte) la capacità lavorativa dell'A. va considerata nella misura del 75% (giornata lavorativa abituale con limiti di carico e di rendimento). 9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione? Sì, provvedimenti professionali volti ad un ricollocamento professionale sono indicati anche se di difficile realizzazione. 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Dal lato

medico-teorico si dovrà tener conto di un comprensibile periodo di riaddestramento al lavoro, nonché delle limitazioni precisate. 9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Se sì, in che misura? Sì, in misura completa. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riaddestramento progressivo al lavoro. Non si tratta di revisione. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel corso degli anni? Sul piano psichiatrico l'aderenza è stata discontinua e problematica stando al fatto che l'A. si fa attualmente seguire da due psichiatri di cui uno all'insaputa dell'altra. 9.3.2 Adeguatezza della terapia attuale secondo le linee guida? Eventuali proposte terapeutiche? L'attuale terapia è adeguata secondo le linee guida; la nostra consulente in psichiatria ritiene utile una terapia familiare/un sostegno psicorelazionale familiare. 9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.? Alcuno, in considerazione della cronicità dei disturbi. 9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Nessuno

10 COERENZA 10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. Presso l'A. abbiamo notato un certo aggravamento della sintomatologia soprattutto in relazione ai disturbi accusati alla spalla ds. con una certa discrepanza tra i referti clinici, radiologici ed i dati soggettivi. 11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 11.1 Altri quesiti del medico Servizio Medico Regionale. Quesiti peritali supplementari non sono posti dal Servizio Medico Regionale. 11.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Non vi sono domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 183/640-644) Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale 4 maggio 2017 (doc. AI 184/722-725) si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM e ha confermato un grado d'incapacità lavorativa (riduzione rendimento) del 40% fino al novembre 2015 e del 50% dal dicembre 2015 in avanti nell'attività abituale; del 20% dal dicembre 2015 in avanti in un'attività adeguata e del 25% sempre dal dicembre 2015 come casalinga. Sempre il dr. _____, il 27 novembre 2017, ha interpellato i periti del SAM con uno scritto del seguente tenore: "(...) L'assicurata in questione è stata da voi peritata in primavera 2017. In fase di audizione vengono attualmente presentati i seguenti nuovi rapporti medici: • rapporto dr. _____ del 5.11.2017: - gonalgia bilaterale e spalla destra congelata non permette inserimento professionale • rapporto dr.ssa _____ 19.7.2017: - miglioramento dei dolori al ginocchio dopo infiltrazione, persiste leggera dolenzia soprattutto quando sale/scende le scale e quando cammina per un periodo prolungato; persiste tendinopatia pes anserinus. • RM ginocchio destro 15.5.2017: - con in particolare riscontro di meniscososi e condropatia grado III-IV •Rapporto dr. _____ del 3.11.2017 attestante persistente IL 100% per motivi psichiatrico. Vi sarei grato per una vostra presa di posizione in merito all'attuale nuova documentazione medica, in particolare se questa modifica le vostre conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 199/770). Il SAM, nel complemento del 9 gennaio 2018 (doc. AI 206/779-790) ha precisato: " (...) in merito alla vostra richiesta del 27 novembre scorso relativa alla perizia suindicata, abbiamo sottoposto le criticità inoltrate dai medici curanti dell'A. ai nostri consulenti in psichiatria e

reumatologia. Per semplicità, esponiamo qui in estenso le loro prese di posizione. Dr.ssa med. _____ "Rispondo in merito alla tua richiesta di presa di posizione del 4 dicembre 2017, a seguito della nuova documentazione medica ricevuta, in particolare della relazione medica redatta dal dr. med. _____ del 3 novembre 2017 all'avvocato _____. In questa relazione afferma che "pur sottoponendosi a una psicoterapia regolare e a una farmacoterapia significativa che presenta l'associazione di due antidepressivi, il suo stato timico non è migliorato, presentandosi spesso abbattuta, avvilita, iporeattiva, angosciata con disturbi del sonno. Il suo stato timico è stato quindi caratterizzato da una continua presenza di una deflessione significativa che le impedisce qualsiasi tipo di attività lavorativa lucrativa. Nel gennaio di quest'anno vi è stato un peggioramento a causa del decesso del cognato, con la presenza anche di incubi notturni, a sfondo aggressivo e dissociativo. Negli ultimi mesi queste difficoltà a livello del suo stato timico sono peggiorate ulteriormente per la presenza anche di una forte spinta da parte del proprio marito di voler tornare nella patria d'origine, cosa che lei non vorrebbe." Prendo atto dello scritto e rispondo constatando che la signora RI 1, ha deciso infine per essere seguita dal dr. _____, quando all'epoca dei miei colloqui avvenuti tra gennaio e febbraio 2017 era ancora in cura dal 1.4.2015 "ufficialmente" dalla Dr.ssa med. _____ dal punto di vista psicofarmacologico mentre settimanalmente era seguita dalla psicologa signora _____, questo da giugno 2016. Ufficiosamente e di nascosto dalla dr.ssa _____, dal dr. _____ dall'estate 2016, di cui segue la terapia farmacologica, ed alterna le visite una settimana con l'uno e una settimana con l'altra. Infatti mi aveva proibito di sentire la dottoressa ed era perplessa sulla mia richiesta di poter parlare con il dr. _____. Su questo nel mio consulto scrivo: e a mio parere la signora è "manipolativa" con i "suoi" psichiatri, tant'è che mi ha chiesto di non chiamare la dr.ssa _____. Inoltre ho constatato la scarsa compliance alle prescrizioni. Altro dato da me segnalato, una certa enfasi nel riportare i suoi disturbi. Quindi apprendo che ha "deciso" per il dr. med. _____, come psichiatra di fiducia, da quel che deduco dall'ottobre 2017, anche se in realtà già era seguita da più di un anno. Ma quale psicoterapia è stata seguita, con quale cadenza?, io suggerivo anche al punto 6, pag. 15 del mio consulto: Le possibilità terapeutiche, oltre che la prescrizione dei farmaci psichiatrici per la componente sintomatologica, la psicoterapia che già effettua, a suo dire, sarebbe di aiuto una terapia familiare/ sostegno psico relazionale familiare. Questo è stato fatto? visto che secondo il dr. _____ un altro aspetto di disagio dell'A. è l'intenzione del marito di rientrare al paese d'origine. Inoltre la terapia farmacologica, come da risposta e-mail dell'11 dicembre 2017, su mia richiesta al dr. _____: "La farmacoterapia della signora RI 1 é: Valdoxan 25 mg 0-0-0-1 Seresta 15 mg 0-0-0-1 Xanax 0.25 mg in riserva ripetibile sino a 4 pst die Cymbalta 60 mg 1-0-0-0 Lyrica 75 mg 1-0-1-0 è praticamente la stessa, tranne l'aggiunta di Valdoxan (agomelatina) alla sera che ha ancora pochi studi che ne dimostrino la reale efficacia, ed anche nella mia pratica clinica l'efficacia si ha in parte sulla qualità del sonno. Mi stupisco pertanto, che nonostante il dr. _____, scriva che lo stato timico non è migliorato, non abbia modificato la prescrizione, quando la buona prassi psichiatrica vuole di modificare la terapia farmacologica, se dopo non più di un mese/due non vi è significativo miglioramento, con cambiamento dei farmaci utilizzando altri recettori bersaglio, calibrando il dosaggio, verificandone la tollerabilità e la risposta terapeutica. Ciò non è stato fatto. Devo anche specificare che il dosaggio attuale non è per nulla significativo, per i parametri italiani e/o nordamericani, su comprovati studi clinici. Inoltre le nuove linee guida internazionali, suggeriscono di intervenire sulla life style, cioè

intervenendo sulla corretta alimentazione, sull'ecologia del sonno, sull'attività aerobica, adeguata alle condizioni fisiche, alla socialità, alla condizione relazionale positiva familiare, etc. questo perché lo psichiatra, da sempre inteso come la figura esclusiva nella gestione delle malattie mentali è in particolare della depressione, in questi ultimi anni, si deve "frammentare" ed evolvere in quella figura di curante che sia in grado di assumere la gestione di una malattia multifattoriale. Come scrive Vittorino Andreoli, nel suo libro "I principi della nuova psichiatria" lo psichiatra ha il ruolo di coordinatore, di essere un buon regista: il paziente affidandosi allo psichiatra di fiducia, con cui deve avere una buona relazione, si aspetta che questi coordini i vari interventi terapeutici medici, psicologici e a volte anche sociali e che segua con attenzione il suo decorso. Quindi lo psichiatra efficace deve essere in rete con psicologi-psicoterapeuti, assistenti sociali/educatori, medici di medicina generale, nutrizionisti e perché no anche fisioterapisti e/o preparatore atletico, vista l'importanza della ricaduta degli stili di vita, intesi come attivazione comportamentale e interpersonale. Le linee guida internazionali, quali OMS e NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) riconoscono quale efficacia terapeutica psichiatrica, solo chi affianca, alle terapie tradizionali come la psicofarmacologia e la psicoterapia, specie per la depressione, un reale e profondo cambiamento di stile di vita, riuscendo a sganciare la persona dal disturbo e dal rischio di ricadute. Tutto ciò non mi sembra che sia stato attuato, portando un vero supporto per le difficoltà personologiche della signora, che incidono solo relativamente sulla capacità lavorativa, come da me descritto nel mio consulto. La nuova documentazione medica, a mio avviso non porta dati tali da modificare la mia posizione di allora. Spero di essere stata esaustiva. Saluto cordialmente." Dr. med. _____ "in merito alla sua lettera del 5 dicembre 2017 le segnalo di aver visualizzato l'ulteriore documentazione che mi ha messo a disposizione, in particolar modo la lettera del Dr. med. _____, del 05.11.2017 e l'ulteriore valutazione reumatologica della collega Dr.ssa med. _____ del 12.07.2017 riguardante la sopramenzionata assicurata che ho visitato su vostra richiesta in data 11.01.2017. Riscontro come a distanza di ormai sette mesi dalla mia valutazione la situazione dal punto di vista clinico non si è sostanzialmente modificata. Vengono descritte le medesime patologie da me evidenziate nella valutazione peritale. Per quanto riguarda l'osservazione in merito alla problematica alla spalla destra non ritengo vi siano modifiche rispetto alla mia valutazione peritale. C'è una differenza di valutazione nella diagnosi da riferire al fatto che, a mio modo di vedere una periartropatia anchilosante o spalla congelata, come viene descritta dalla collega, dovrebbe risultare da una netta riduzione della mobilità passiva dell'articolazione stessa. Durante la mia visita la mobilità della spalla destra, valutata passivamente, era praticamente normale. Fatto questo segnalato nel mio status reumatologico. Vi erano delle limitazioni nella mobilità attiva che interpreto soprattutto in relazione con i dolori risentiti e quindi nell'ambito di una periartropatia omero-scapolare tendinopatica come da me per altro descritto nella diagnosi. Mi permetto quindi di dissentire sulla diagnosi di spalla congelata. Per la problematica al ginocchio destro ricordo di aver descritto questa sintomatologia dolorosa al ginocchio destro nel paragrafo 2-2 alla pagina 5. Segnalavo come la Dr.ssa med. _____ avesse fatto eseguire delle radiografie e avesse iniziato con della ginnastica in acqua a seguito di dolori alla gamba destra e al compartimento mediale del ginocchio destro. Dalla documentazione messa a disposizione vedo che una radiografia del ginocchio destro eseguita in data 28.12.2016 (che non era a disposizione durante la valutazione peritale) si descrive una leggera riduzione dello spazio intra-articolare in sede mediale, non segni per condrocalinosi. Vedo che nel frattempo è stata eseguita una risonanza magnetica del

ginocchio destro, in data 15.05.2017 che mostra una degenerazione meniscale e una condropatia soprattutto al compartimento mediale. Dal punto di vista radiologico un'iniziale gonartrosi è senz'altro presente soprattutto a livello del compartimento mediale. I dolori risentiti comunque sono piuttosto nella zona del pes-anserinus. Entrano qui, a mio modo di vedere, nella diagnosi differenziale non solo delle tendinosi inserzionali ed eventualmente un'iniziale gonartrosi del compartimento mediale ma anche un tender point riferibile al quadro fibromialgico. Personalmente non ritengo che questa patologia sia di entità tale da modificare la mia valutazione delle limitazioni funzionali. Queste considerazioni mi inducono a non modificare la mia valutazione peritale, del 11.01.2017, in particolar modo le limitazioni funzionali e la capacità professionale di questa vostra assicurata. Cordiali saluti." Come si può evincere, i nostri consulenti, dopo aver attentamente preso nota dei nuovi rapporti medici, giustificano in modo esauriente l'assenza di argomenti clinico-assicurologici tali da modificare le loro valutazioni peritali. Precisiamo di concordare pienamente con quanto affermato dai nostri consulenti. (...)" (doc. AI 206/779-782). Il dr. _____, nell'annotazione del 10 gennaio 2018 (doc. AI 205/777-778), ha quindi concluso che "(...) in considerazione della risposta esaustiva del SAM non posso che confermare il contenuto del rapporto finale. (...)" (doc. AI 205/778). L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuta la valutazione economica (l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 22 agosto 2017 (doc. AI 186/727-733), la valutazione del 12 ottobre 2017 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 192/745-747) e le tabelle allestite il 18 ottobre 2017 con la motivazione della riduzione al reddito ipotetico da invalido (doc. AI 194/753-756)), con decisione del 25 gennaio 2018 ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.4). 2.9. 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/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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 e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità,

l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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, consid. 5.3). 2.10. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla

capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.9), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulla perizia 28 aprile 2017 con complemento del 9 gennaio 2018 e confermate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.8). Perizia, quella del SAM, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, nella succitata perizia, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il SAM. Infatti, i referti dei medici curanti prodotti con il ricorso sono già stati prodotti in occasione della procedura amministrativa e già debitamente vagliati dagli specialisti del SAM prima che l'Ufficio AI rendesse la decisione qui impugnata. La ricorrente si è quindi limitata ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e indurre questo Tribunale a scostarsi dalle conclusioni, lo si ribadisce confermate pure dal medico SMR dr. _____, a cui è giunto il SAM. L'insorgente contesta genericamente il referto del SAM, e in particolare le conclusioni in ambito psichiatrico, facendo capo alla "relazione medica" 3 novembre 2017 (doc. E) del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, sulla quale i periti del SAM hanno preso compiutamente ed esaustivamente posizione nel succitato complemento peritale del 9 gennaio 2018 (cfr. doc. AI 206/779-790). Va rilevato che nella perizia del 28 aprile 2017 con complemento del 9 gennaio 2018 del SAM (doc. AI 183/599--721 e 206/779-790), conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.9), la problematica psichiatrica è stata chiarita in modo soddisfacente dalla consulente dr.ssa _____ la quale, ritenuti gli indicatori determinanti l'effettivo potenziale di rendimento e considerando, da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale e da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse), ha espresso una valutazione complessiva commisurata al caso concreto. Detta valutazione è stata confermata dai periti del SAM che, previa discussione tra loro e tra i consulenti dr.ssa _____ e dr. _____, hanno concluso inoltre che "(...) le limitazioni descritte in ambito psichiatrico e reumatologico non vanno cumulate bensì integrate in quanto in gran parte entrambe considerano la riduzione del rendimento e pertanto si sovrappongono. (...)") (doc. AI 183/641). Anche per quanto riguarda l'aspetto somatico l'insorgente non ha prodotto la benché minima documentazione medica atta a mettere in dubbio le conclusioni del SAM limitandosi, da ultimo, a sostenere che l'incapacità lavorativa del 100% "(...) riguarda solamente il lato psichiatrico, senza ancora aggiungere le diverse patologie psichiche. (...)") (VI). Va osservato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018, consid. 2.7 con riferimenti). Alla ricorrente va ugualmente

ricordato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4 con riferimento e 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Con sentenza 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 il TF ha inoltre rammentato che “(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti)” e che “ al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...) ” (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2). Questo Tribunale ritiene pertanto che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità lavorativa dell'assicurata e in particolare le limitazioni da osservare, sino all'emanazione del querelato provvedimento (il 25 gennaio 2018, data questa che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3), senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Il TCA, alla luce di tutto quanto sopra esposto, deve dunque confermare le valutazioni a cui sono giunti i periti del SAM nella perizia 28 aprile 2017 con complemento del 9 gennaio 2018 (cfr. consid. 2.8) e segnatamente il grado d'incapacità lavorativa del 20% (flessione del rendimento) in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti e del 25% nell'attività di casalinga a contare dal mese di dicembre 2015. 2.11. Confermata la ripartizione 50% per l'attività salariata e 50% per l'attività di casalinga (cfr. consid. 2.7) e stabilito che l'incapacità lavorativa dell'insorgente in attività adatte è del 20% (cfr. consid. 2.10), va ora esaminato se l'interessata ha diritto ad una rendita. Come già accennato in precedenza (cfr. consid. 2.4), con il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore una modifica degli art. 27 OAI e 27bis OAI. Ai sensi dell'art. 27 cpv. 1 OAI in vigore dal 1° gennaio 2018 per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza di familiari. Per l'art. 27 cpv. 2 OAI per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità. Secondo l'art. 27bis cpv. 2 OAI in vigore dal 1° gennaio 2018 per determinare il grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI, vengono sommati i seguenti gradi d'invalidità: il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa (lett. a), il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete (lett. b). L'art. 27bis cpv. 3 OAI prevede che il calcolo del grado d'invalidità lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGa, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b). Per l'art. 27bis cpv. 4 OAI per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete

rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno. La disposizione transitoria relativa alla modifica del 1° dicembre 2017 prevede al cpv. 1 che i tre quarti di rendita, le mezze rendite e i quarti di rendita correnti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 1° dicembre 2017, concessi in applicazione del metodo misto, sono sottoposti a revisione entro un anno dall'entrata in vigore della presente modifica. L'eventuale aumento della rendita è concesso a contare dal momento dell'entrata in vigore della presente modifica. Per il cpv. 2 nei casi di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI a cui è stata rifiutata una rendita prima dell'entrata in vigore della modifica del 1° dicembre 2017 perché il grado d'invalidità era insufficiente, viene esaminata una nuova richiesta, se il calcolo del grado d'invalidità secondo l'articolo 27bis capoversi 2-4 determinerebbe presumibilmente il diritto a una rendita. Va qui rammentato che da un punto di vista temporale, sono di principio determinanti le norme sostanziali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 con riferimenti). Per contro, per quanto attiene alle disposizioni formali, l'Alta Corte ha già avuto modo di stabilire che, in assenza di una normativa specifica che regola la questione intertemporale, va applicato il principio generale secondo il quale, di regola, siffatte disposizioni entrano immediatamente in vigore (DTF 130 V 4 consid. 3.2; STF K 114/03 del 22 luglio 2005). Inoltre con lettera circolare AI n. 372 l'UFAS ha rammentato che “ per tutte le prime richieste di prestazioni pendenti inoltrate prima del 1° luglio 2017, il diritto alla rendita fino al 31 dicembre 2017 verrà valutato in base al vecchio modello di calcolo e poi rivalutato in base al nuovo modello di calcolo con effetto dal 1° gennaio 2018 .” In argomento vedi anche la STF 9C_553/2017 del 18 dicembre 2017. In concreto la richiesta di prestazioni del 27 ottobre 2015 (cfr. consid. 1.4) è pervenuta all'amministrazione il 29 ottobre 2015 (cfr. doc. AI 157/523-524). Nessuna decisione formale dell'Ufficio AI relativa a tale richiesta è finora cresciuta in giudicato. Occorre pertanto applicare il vecchio diritto per il calcolo delle prestazioni dal 1. aprile 2016 (ovvero dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurata ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA ex art. 29 cpv. 1 LAI) al 31 dicembre 2017, mentre le nuove norme vanno applicate per il periodo dal 1° gennaio 2018 (per un caso in cui questo Tribunale ha già proceduto in questo senso vedi la STCA 32.2018.42 dell'8 ottobre 2018). 2.12. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita e/o al momento della sua modifica), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con

ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti). Nella fattispecie, per il 2016 – secondo quanto affermato dal datore di lavoro (cfr. doc. AI 191/744) e osservato che: “(...) Rh 2016: il DL ci indica un salario sulle 19 ore settimanali (45%), ma siccome l’A. è considerata salariata al 50% dobbiamo trovare il reddito sulle 21 ore settimanali. Prima troviamo il reddito al 100% = Fr. 43'624.75, successivamente al 50% = Fr. 21'812.40. (...)” (doc. AI 194/753) –, l’Ufficio AI ha concluso che l’assicurata avrebbe potuto conseguire un reddito annuo di fr. 21'812.40 lavorando al 50%. Questo dato – peraltro rimasto incontestato – può essere fatto proprio da questo Tribunale. Lavorando al 100% essa avrebbe guadagnato fr. 43'624.75 nel 2016, che, aggiornati al 2018, ammontano a fr. 43'886.70 (fr. 43'624.75 aumentati, in base alla tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2017, ramo economico R, S 90 - 96 Altre attività di servizi, dello 0.1% per il 2017 e dello 0.5 per il 2018, ossia la variazione percentuale rispetto all’anno precedente, terza stima in base ai dati dei primi tre trimestri secondo la “Stima trimestrale dell’evoluzione dei salari nominali” edita dall’Ufficio federale di statistica e ultimo dato disponibile). 2.13. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell’interessato, a condizione però che quest’ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall’attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (“Soziallohn”) (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l’assicurato non ha intrapreso un’attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall’Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). L’Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell’inchiesta sulla struttura dei salari edita dall’Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In concreto, in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e meglio sull’inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall’Ufficio federale di statistica, più precisamente la tabella TA1 2014_tirage_skill_level Rami economici (NOGA08), denominata “Salario mensile lordo (valore centrale) secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso” (DTF 142 V 178). Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2014 elaborata dall’Ufficio federale di statistica, il salario lordo mediamente percepito in quell’anno dalle donne per un’attività semplice di tipo fisico o manuale di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 51'600.-- (4'300 x 12 mesi), che, aggiornato al 2016 e adattato al tempo lavorativo di 41,7 ore, dà un reddito di fr. 54'519.93 (51'600 : 103,6 x 105 : 40 x 41,7; cfr. Tabella T1.2.10

Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2017, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; STF 8C_671/ 2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2) . Per quanto concerne il 2018, adattando l'importo sopra ottenuto di fr. 54'519.93 all'evoluzione dei salari nominali, il salario lordo mediamente percepito in quell'anno ammonta a fr. 55'001,26 ($54'519.93 : 105 \times 105,4$ aumentati dello 0.5; cfr. la Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Donne, 2011-2017 e la Stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali) . Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto l'Ufficio AI ha proceduto ad una riduzione del 15% (doc. AI 194/753-756) che l'insorgente non ha contestato. Questo Tribunale, che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione. Ne segue che per il 2016, applicando le norme in vigore fino al 31 dicembre 2017, raffrontando il reddito da valida al 50% di fr. 21'812.40 con quello da invalida di fr. 54'519.93 , ridotto del 15% (fattori di riduzione) a fr. 46'341.94 e poi del 20% (incapacità lavorativa; cfr. consid. 2.10) a fr. 37'073.55, si ottiene un grado d'invalidità nullo. Nel 2018, applicando le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2018, raffrontando il reddito da valida al 100% di fr. 43'886.70 con quello da invalida di fr. 55'001.26 , ridotto del 15% (fattori di riduzione) a fr. 46'751.07 e poi del 20% (incapacità lavorativa; cfr. consid. 2.10) a fr. 37'400.85, si ottiene un grado d'invalidità del 14.77% ($[43'886.70 - 37'400.85] : 43'886.70 \times 100$) , arrotondato conformemente alla DTF 130 V 121 consid. 3.2 al 15%. 2.14. Per quanto concerne l'attività di casalinga – rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili al richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana (cfr. consid. 2.4) – questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle risultanze, rimaste incontestate, dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 22 agosto 2017 (doc. AI 186/727-733). Infatti, per la giurisprudenza, un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta, munita di formazione ed esperienza specifica, si giustifica unicamente nei casi in cui essa appaia chiaramente erronea (DTF 128 V 93 consid. 4). . In concreto, l'assistente sociale, 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 dell'assicurata nell'ambito dell'economia domestica) e fissati gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, ha stabilito una limitazione complessiva del 27%. Va qui ricordato che nella DTF 133 V 504 il TF ha rammentato che se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Questo

concetto è stato ancora di ribadito nelle STF 9C_568/2017 dell'11 gennaio 2018 e 9C_701/2016 del 1° marzo 2017. Tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno e di reciproca (e accresciuta: DTF 130 V 97 consid. 3.3.3) assistenza familiare e ribadito 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 al rapporto del 28 agosto 2017 (doc. AI 186/727-733) deve, dunque, essere confermata. 2.15. In queste condizioni – in corretta applicazione del metodo misto (cfr. consid. 2.5) –, per il periodo dall'aprile 2016 al 31 dicembre 2017, viste le quote parti tra attività salariata (50%) e mansioni casalinghe (50%), il grado d'invalidità globale è del 13.5% ($0.5 \times 0\% + 0.5 \times 27\%$). Dal 1° gennaio 2018 il grado d'invalidità globale è invece del 21% ($0.5 \times 15\% + 0.5 \times 27\%$). A questo medesimo grado d'invalidità era giunto anche l'Ufficio AI in sede di risposta di causa (cfr. consid. 1.6). Essendo, in entrambi i periodi, il grado d'invalidità globale inferiore al minimo pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 2 LAI), è dunque a ragione che l'amministrazione ha negato il diritto ad una rendita. 2.16. Quanto alla possibilità di reintegrazione senza la necessità di provvedimenti professionali – aspetto anche questo rimasto incontestato – questo Tribunale può fare propria la valutazione del 12 ottobre 2017 (doc. AI 193/745-747) del consulente in integrazione professionale secondo il quale "(...) nonostante il danno alla salute dell'A. sono possibili numerose attività semplici e non qualificate, nelle quali dopo un breve periodo, l'attività potrà essere svolta in autonomia. Si fa riferimento a tutte quelle attività che non richiedano un lungo periodo di apprendimento: Possono entrare in considerazione attività quali: imballaggio e controllo in una fabbrica, aiuto amministrativo, vendita al dettaglio ad esempio in una stazioni di benzina,... [...] Provvedimenti professionali non vengono presi in considerazione, il motivo principale è sicuramente da ricondurre all'età dell'A., inoltre ci troveremo di fronte ad un progetto che non darebbe sufficienti garanzie di migliorare la capacità di guadagno. Si può restare a disposizione per finanziare un periodo di introduzione al lavoro "mini riqualifica pratica ad hoc" della durata di 3-6 mesi (da stabilire dettagliatamente in presenza di un concreto posto di lavoro), qualora vi fosse un posto vacante ed un tale provvedimento potesse consentire un sensibile aumento della capacità di guadagno. Dopo comprovate ricerche di lavoro e su richiesta scritta, si resta a disposizione per valutare un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 192/746-747). 2.17. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.18. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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