

## **TI\_GERICHTE 32.2018.50 vom 13. März 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-03-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.50)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.50 du 13 mars 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.50 del 13 marzo 2018

### **Regeste**

L'amministrazione, qualificata l'assicurata come casalinga e quindi effettuata la relativa inchiesta economica al domicilio, ha respinto la domanda in assenza di un grado di impedimento sufficiente. La ricorrente contesta la qualifica di casalinga. TCA conferma la decisione

### **Erwägungen**

#### **E. 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 seg (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’U-FAS). 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). Resta da osservare che 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 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Ancorché non applicabile alla fattispecie, va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un grado di invalidità pensionabile (STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e

che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. Nella STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50, pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 20 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo, la nostra Massima istanza ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica). Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado di invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU allorché le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. In una tale costellazione, allorché questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGA. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017). L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina (U. Kieser, *Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung*, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis, *IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts*, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C\_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorché questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C\_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento cfr. la STCA 32.2017.53

del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Ancora nella STF 9C\_297/2016 del 7 aprile 2017, pubblicata in DTF 143 V 77, il TF ha stabilito che “(...) n ell'ambito dell'esame del diritto secondo le disposizioni finali della 6 a revisione dell'AI, primo pacchetto, non è rilevante un cambiamento dello statuto della persona assicurata solo per motivi di natura familiare, anche se non costituisce la causa per la quale la procedura di revisione della rendita ha avuto inizio, di modo che lo statuto che la persona assicurata aveva fino al momento della valutazione dell'invalidità deve essere mantenuto (consid. 3.2.3 (...))” (regesto della DTF 143 V 77). Come detto, il 1. gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582). 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. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede d'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). 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. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 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 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) 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 e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

2.7. Nella presente fattispecie occorre verificare se a ragione l'Ufficio AI ha considerato l'assicurata casalinga e, quindi, applicato il metodo specifico di calcolo dell'invalidità, applicabile, giusta gli art. 8 cpv. 3 LPGa (cfr. art. 5 LAI), 28a cpv. 2 LAI e art. 27 cpv. 1 OAI, agli assicurati che non esercitano un'attività lucrativa per determinare il grado di invalidità in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (sul metodo specifico di calcolo dell'invalidità cfr. SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 13; cfr. al consid. 2.4 che precede). Tale qualifica è contestata dalla ricorrente che sostiene in buona sostanza di dover essere ritenuta (almeno parzialmente) salariata. Adduce di aver sostanzialmente dovuto abbandonare l'attività lucrativa a causa dei problemi alla salute e ai dolori patiti sin dal 2006, senza i quali avrebbe lavorato. A suffragio di tale asserzione produce un suo scritto inviato all'Ufficio AI il 1. marzo 2018, con il quale aveva dichiarato di aver iniziato a soffrire per i dolori già nel 2006, momento in cui lavorava come mamma diurna.

2.8. Per quanto innanzitutto concerne l'aspetto medico, l'amministrazione, sulla base delle certificazioni dei medici curanti e del rapporto finale del SMR del 18 dicembre 2017 (doc. AI 14), ha tratto delle conclusioni sul grado di abilità lavorativa medico-teorica dell'assicurata che sono rimaste sostanzialmente incensurate. In particolare l'amministrazione ha interpellato il dr. \_\_\_\_\_, reumatologo curante dal 2015, il quale, in data 24 novembre 2016, posta la diagnosi di "probabile spondiloartropatia sieronegativa, HLA-B27 negativa", riferito dei ricoveri alle Cliniche \_\_\_\_\_ nell'aprile 2014 e \_\_\_\_\_ nell'ottobre 2015, ha segnalato una recrudescenza dei dolori a motivo della sospensione, sei mesi prima, del medicamento prescritto a causa della gravidanza in corso. Ha poi concluso escludendo un'inabilità lavorativa, ad eccezione di lavori da effettuare sempre in piedi o seduti. Ha pure specificato che la paziente rispondeva abbastanza bene al trattamento biologico prescritto, ragione per cui era possibile "sperare in una remissione completa dei disturbi" con una capacità lavorativa completa dopo la gravidanza (doc. AI 5). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_, internista curante dal luglio 2014, nel certificato del gennaio 2017, confermata la diagnosi di "spondilartrite anchilosante", ha certificato un'inabilità lavorativa, specificando che l'assicurata era attualmente in gravidanza con recrudescenza dei sintomi anche a causa della sospensione del farmaco biologico (doc. AI 8). La dr. \_\_\_\_\_, psichiatra dell'assicurata dall'aprile 2016, infine, nel rapporto del 19 gennaio 2017, ha posto la diagnosi di "ICD10 F 32.1", descrivendo un "tono umore mediamente deflesso, ansia" dal 2015, specificando che la paziente era affetta dall'ottobre 2014 da spondiloartrite e nel 2015 aveva sviluppato dapprima sintomi ansiosi e

poi un episodio depressivo in via ingravescente, in stato di gravidanza. Ha quindi concluso per un'invalidità lavorativa a motivo di " incapacità a dare coerenza e continuità alle attività" (doc. AI 10). L'amministrazione ha sottoposto la documentazione al medico SMR, il quale, nell'annotazione del 23 marzo 2017, ha posto l'indicazione per l'effettuazione di un'inchiesta casalinga a sei 6 mesi dal parto, presumibilmente avvenuto a febbraio 2017. Secondo il dr. \_\_\_\_\_ del SMR la patologia era presente in forma influente sullo stato funzionale da aprile 2014 (ricovero Clinica \_\_\_\_\_). Le limitazioni funzionali erano " apatia, abulia, ansia, dolori generalizzati in caso di lavori in cui deve rimanere costantemente in piedi o seduta. Mai accovacciarsi o inginocchiarsi " (doc. AI 12). In data 18 dicembre 2017 il medico SMR ha precisato che l'invalidità lavorativa come casalinga era del 20-30% (doc. AI 14). Il 17 gennaio 2018 è quindi stata esperita l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica che ha concluso per una limitazione complessiva del 30.5% (doc. AI 17; cfr. nel dettaglio al consid. 2.10). Tale conclusione (presenza da aprile 2014 di una limitazione del 20-30% come casalinga), che, come detto, non è di per sé stata contestata dalla ricorrente, deve essere confermata da questo giudice che non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del SMR, da considerare approfondita e rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.6. che precede. Del resto la medesima non è stata smentita da certificati medici attestanti la presenza di patologie maggiormente invalidanti rispettivamente la sussistenza, prima del ricovero ospedaliero dell'aprile 2014, di una invalidità rilevante (cfr. anche al consid. 2.10). 2.9. 2.9.1. Secondo la giurisprudenza, per determinare lo statuto di un'assicurata e, quindi, il metodo applicabile per stabilire l'e-ventuale invalidità, occorre esaminare se essa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o ad un'occupazione lucrativa alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (DTF 130 V 393 consid. 3.3. pag. 396 e sentenze citate). Si deve quindi 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 esercita 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 5, p. 47-50 e 53 e Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 190 segg. ). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurata, 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.). Occorre inoltre rilevare che, secondo la giurisprudenza, le dichiarazioni fornite dall'assicurata stessa durante la procedura amministrativa costituiscono un mezzo di prova pertinente, al fine di dedurre quale sia la volontà ipotetica in merito al tasso di occupazione che ella avrebbe adottato in assenza del danno alla salute. Nella sentenza del 20 novembre 2007 nella causa 9C\_428/2007, il TF, proprio alla luce delle dichiarazioni fornite da un'assicurata durante la procedura amministrativa, ha ritenuto arbitraria la valutazione del grado di invalidità effettuata dai giudici di prima istanza, secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (avendo considerato l'assicurata salariata a tempo pieno), anziché secondo il metodo misto di calcolo, come invece ritenuto a ragione dall'amministrazione. Va anche segnalata la sentenza 9C\_52/2013 del 12 aprile 2013, dove il TF ha esaminato il caso di un'assicurata, madre di tre figli, che dopo il 1991 ha sempre lavorato a tempo parziale e che il TCA, al momento della nascita del diritto alla rendita, ha considerato salariata nella misura del 70% e casalinga per il restante 30%. Da ultimo va 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 p. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., p. 288; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, 1999, p. 190-191).

2.9.2. Venendo al caso in esame, l'amministrazione ha, come detto, proceduto alla valutazione del grado d'invalidità, ritenendo la ricorrente, prima dell'insorgenza del danno alla salute, persona senza attività lucrativa ed ha quindi applicato il metodo specifico di calcolo dell'invalidità. Questo giudice deve condividere questa conclusione. Dall'inserto emerge che l'assicurata, nella domanda di prestazioni del 31 ottobre 2016, ha indicato di non essere stata assicurata per la previdenza professionale al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa (quesito 4.9), di essere stata attiva professionalmente come mamma diurna dal 2006 al 2008 (quesito 6.2) e di non essersi mai annunciata alla disoccupazione (quesito 6.7). Con la domanda essa ha postulato unicamente l'attribuzione di una rendita (doc AI 2). Dall'estratto del conto individuale richiamato agli atti emerge unicamente l'attività lavorativa svolta, peraltro a tempo parziale considerato il reddito annuo ridotto (fr. 2'251 nel 2006 e fr. 6'361 nel 2007), per l'Associazione \_\_\_\_\_ dal 1. luglio 2006 al 31 dicembre 2007, mentre che dal 2008 in poi l'interessata è sempre stata registrata quale persona senza attività lucrativa (doc. AI 4). Del resto, interpellata al riguardo dall'amministrazione, nello scritto del 28 novembre 2016, l'assicurata ha affermato che “ dal 2008 al 2014 non lavoravo perché ero sposata e il mio mantenimento veniva a carico del mio ex-marito. Ad oggi ero a carico di mia madre, ma il 6 agosto 2016 mi sono sposata con mio marito, e intanto sono a carico di lui” . Nessuna menzione invece, in tale scritto, all'esistenza di problemi di salute (doc. AI 6). Alla luce di questi elementi a ragione l'amministrazione ha concluso che al momento dell'insorgenza del danno alla salute con valenza invalidante (aprile 2014; cfr. al consid. 2.8), così come negli anni immediatamente precedenti, l'assicurata non ha lavorato per sua scelta. Nel periodo in cui non ha svolto alcuna attività lavorativa in base all'estratto conto individuale, la medesima non si è iscritta all'assicurazione disoccupazione alla ricerca di un'occupazione né ha effettuato alcuna ricerca di lavoro. Per tutte queste ragioni, l'amministrazione ha concluso a ragione che andava considerata come persona senza attività lucrativa, applicando di conseguenza nei suoi confronti il metodo specifico di calcolo dell'invalidità. A tali conclusioni non possono del resto mutare le allegazioni della ricorrente, la quale fa segnatamente riferimento al suo scritto del 1. marzo 2018, inoltrato all'amministrazione in sede di osservazioni al progetto di decisione del 2 febbraio 2018, con

il quale affermava quanto segue: " Con riferimento alla vostra risposta riguardo a la mia richiesta di invalidità, faccio notare che ho iniziato con i miei problemi a partire dal 2006, e in quel periodo stavo lavorando presso la Associazione \_\_\_\_\_, dal 2006, faccio sempre fisioterapia, alla Fisioterapia \_\_\_\_\_. Da quel momento ho iniziato a fare tutti controlli possibili presso la Clinica \_\_\_\_\_, vedendo una serie infinita di Dottori, fino a raggiungere la Clinica \_\_\_\_\_ nel 2014, dove sono stati in grado di capire quello che ho. Qui allego un documento che accredita che stavo lavorando nel momento di iniziare ad avere tutti questi problemi con la mia salute, loro sono a disposizione vostra per qualsiasi informazione." (doc. AI 20) Ora, da tale scritto emerge unicamente l'allegazione, sostenuta dall'assicurata peraltro già in occasione dell'inchiesta domiciliare effettuata il 17 gennaio 2018 e nuovamente in sede di ricorso, per la quale i suoi problemi di salute sarebbero iniziati già nel 2006. Ora, a prescindere dal fatto che la ricorrente nulla ha prodotto al fine di comprovare tale assunto, segnatamente documentazione medica, deve essere osservato che tale circostanza non risulta in ogni modo decisiva. Sia ricordato 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). In effetti, l'insorgenza di un problema alla salute di per sé ancora non significa nulla con riferimento all'eventuale diritto ad una prestazione dell'AI, per il quale decisive sono unicamente le ripercussioni dello stesso sull'abilità lavorativa. In altre parole: il fatto – peraltro ancora tutto da dimostrare – di aver "iniziato" ad avere dolori non significa ancora che gli stessi comportassero anche una limitazione rilevante della sua capacità lavorativa. Bisogna per contro concludere che nella specie l'assicurata nulla di concreto ha addotto né tantomeno comprovato circa la presenza di affezioni alla salute limitanti per l'esercizio di un'attività lucrativa in epoca antecedente all'aprile 2014. Anzi, quanto asserito risulta persino contraddittorio laddove sostiene in sostanza di essere stata inabile dal 2006, mentre è proprio dal luglio 2006 (sino alla fine del 2007) che la medesima è stata attiva come mamma diurna. Inoltre, non risulta alcuna prova che l'insorgente abbia interrotto tale attività a motivo di problemi alla salute, la dichiarazione del 22 febbraio 2018 dell'Associazione \_\_\_\_\_ limitandosi a certificare l'attività svolta dall'interessata dal 1 luglio 2016 al 31 dicembre 2007 (doc. AI 19). Né nel proprio ricorso l'assicurata adduce altre motivazioni che permettono a questo giudice di concludere diversamente. Del resto le conclusioni della decisione contestata sono confermate dalle emergenze agli atti, dalle quali non è desumibile alcuna certificazione, medica o d'altra natura, dalla quale si possa in qualche modo dedurre che al momento dell'insorgenza dell'inabilità lavorativa l'assicurata esercitasse un'attività remunerata e che la stessa sia stata interrotta a motivo dell'insorgenza dell'inabilità o, ancora, che a quel momento ella intendesse seriamente esercitare una professione. Sia peraltro anche osservato che il curante dr. \_\_\_\_\_, nel già menzionato certificato medico del 24 novembre 2016, dopo aver segnalato la presenza della spondilartropatia siero negativa, con dolori " da 4-5 anni ", ha nondimeno concluso per una limitazione in lavori da svolgere costantemente in piedi o seduti, ma ha escluso un'inabilità lavorativa in un'attività variata o di ufficio in cui poter cambiare posizione di tanto in tanto e attestato un'abilità lavorativa piena dopo la gravidanza (doc. AI 5). In nessun modo quindi alla ricorrente è riuscito di comprovare la sua intenzione di intraprendere un'attività lavorativa e che tale progetto sia stato in primis interrotto dall'insorgenza del danno alla salute. Ne segue che l'interruzione del lavoro, a fine 2007, e la mancata successiva ripresa di un'attività lavorativa, non sono dovute, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nel campo delle assicurazioni sociali (DTF 126

V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), a motivi medici, ma ad una scelta dell'insorgente. Tali conclusioni non possono nemmeno venir modificate da quanto addotto dall'assicurata in occasione dell'inchiesta economico-sociale svolta il 17 gennaio 2018. Dal relativo rapporto si evince in effetti che l'assicurata aveva affermato che nel 2014 si era iscritta ai corsi serali per ottenere l'AFC quale impiegata di commercio (dal momento che i titoli ottenuti in patria non erano "spendibili nel mondo del lavoro ticinese") e di aver dovuto interrompere tale formazione "a causa del compromesso stato di salute". In quest'occasione ha pure addotto di aver dovuto abbandonare l'attività di mamma diurna (svolta dal 2005 al 2007) "a seguito del peggioramento dello stato di salute", dichiarando altresì che in assenza del danno alla salute avrebbe continuato a lavorare. In tale contesto si ricorda che il principio della priorità della dichiarazione della prima ora prevede che, in presenza di due diverse versioni, la preferenza deve essere accordata alle dichiarazioni che l'assicurato ha dato nella prima ora, quando ne ignorava le conseguenze giuridiche. Le spiegazioni fornite in un secondo tempo non possono integrare le prime constatazioni dettagliate, soprattutto se esse le contraddicono (cfr. STF 8C\_752/2016 del 3 febbraio 2017; STF 9C\_762/2016 del 18 gennaio 2017; STF 8C\_637/2016 del 13 dicembre 2016; SVR 2008 UV Nr. 12; RAMI 2004 U 524, p. 546; DTF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 3c; RAMI 1988 U 55, p. 363 consid. 3b/aa; STFA del 27 agosto 1992 nella causa M., non pubbl.; RDAT II-1994 p. 189; per una critica, cfr. U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 217, n. 546). In concreto, già solo sulla base di tale principio, ritenuto che in occasione della prima dichiarazione resa all'Ufficio AI il 28 novembre 2016 la ricorrente aveva espressamente affermato di non aver lavorato, successivamente al 2008, perché era sposata e quindi mantenuta dal marito, la conclusione dell'amministrazione va confermata (doc. AI 6). Val la pena di ancora osservare che in occasione dell'inchiesta domiciliare l'assicurata ha peraltro confermato che il marito provvedeva al sostentamento della famiglia, lasciando nuovamente intendere che non vi era per lei necessità economica di riprendere un'attività lavorativa (doc. AI 17). Sia detto infine, ad ulteriore sostegno di quanto precede, che l'assicurata, malgrado l'addotto tentativo del 2014, andato deserto, non ha successivamente più ritenuto di dover riprendere il percorso formativo atto a meglio utilizzare le proprie conoscenze di studio acquisite nel suo paese di origine, ciò che avrebbe quantomeno comprovato la sussistenza di una certa volontà di migliorare la sua situazione formativa in vista di una ripresa di un'attività professionale. Il suo mancato impegno appare in realtà un ulteriore elemento che comprova come in realtà l'assicurata non avesse alcuna intenzione di intraprendere un'attività lavorativa. In siffatte circostanze, segnatamente alla luce di tutti gli elementi che emergono dall'inserto, come il lungo tempo trascorso senza che l'assicurata svolgesse un'attività lucrativa, la mancata iscrizione all'URC e l'assenza di prove a sostegno di ricerche di posti di lavoro, la classificazione operata dall'Ufficio AI quale casalinga al 100% deve dunque essere confermata, non consentendo in tutta evidenza di pervenire a una conclusione differente la citata dichiarazione del 1. marzo 2018. Si può quindi ritenere dimostrato, con il già richiamato grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'insorgente avrebbe continuato a non esercitare un'attività lucrativa remunerata anche negli anni successivi al 2014. Concludendo, è dunque, a giusta ragione, che l'Ufficio AI ha riconosciuto alla ricorrente lo statuto di casalinga. 2.10. In merito alla definizione degli impedimenti nelle mansioni domestiche, l'Ufficio AI ha esperito un'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica, conformemente ai marg. 3084 ss della

Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), e meglio confrontando le singole attività accessibili alla richiedente con i lavori che può eseguire una persona sana (cfr. consid. 2.4 e 2.5). Nel rapporto del 31 gennaio 2018 relativo all'inchiesta domiciliare esperita il 17 gennaio 2018, sulla base degli accertamenti rilevati presso il domicilio dell'interessata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione domestica, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione totale del 30.5%. Considerata quindi una limitazione complessiva del 30.5% su un'attività come casalinga del 100%, l'assistente sociale ha stabilito un grado d'invalidità del 30.5% (doc. AI 17). A tale conclusione, rimasta peraltro incontestata, va prestata adesione, non essendo ravvisabili elementi che consentano di metterne in dubbio l'attendibilità (sul valore probatorio delle inchieste effettuate dai servizi sociali cfr. pro multis DTF 128 V 93 consid. 4; AHI-Praxis 1997 pag. 291 consid. 4a; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). 2.11. Visto quanto precede, la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso respinto. Ritenuta l'incapacità lavorativa in ambito domestico del 30.5% e visto che l'assicurata è casalinga, non può esserle riconosciuto il diritto ad una rendita, non raggiungendo il grado d'in-validità minimo pensionabile del 40%. All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'assicurata.

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