

TI_GERICHTE 32.2017.1 vom 21. November 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-11-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.1

FR: TI_GERICHTE 32.2017.1 du 21 novembre 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2017.1 del 21 novembre 2016

Regeste

Diniego di prestazioni. Conferma delle perizie mediche (psichiatrica e reumatologica) e della valutazione economica in corretta applicazione del metodo misto

Erwägungen

E. 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 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. 2.4. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un’attività lucrativa prima di essere invalido, l’applicazione nei suoi confronti del concetto dell’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 un’attività lucrativa. Per questo motivo l’art. 8 cpv. 3 LPGA parifica l’impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all’incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell’invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221 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. A sua volta, l’art. 27 cpv. 1 OAI precisa 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 e che per mansioni consuete dei religiosi s’intende ogni attività svolta dalla comunità. 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 paragona quindi l’attività svolta dall’assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l’impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances

sociales en Suisse, Lausanne 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.

2.5. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolge (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se 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 LPG. 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, 133 V 504 e 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 nell'ambito 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 LPG (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 (consid. 7. (...))” (regesto della DTV 142 V 290). Ancorché non applicabile alla presente fattispecie va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera – divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa – , nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un grado d'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 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 TF ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. L'Alta corte – 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. Nella STF 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il TF si è confermato nella giurisprudenza di cui alla DTF 143 I 50 estendendola anche al 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 (in argomento vedi la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). 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. Deve innanzitutto essere premesso che al fine di stabilire il grado d'invalidità, nella fattispecie in esame l'Ufficio AI, applicando il metodo misto e sulla base dei dati forniti dalla ricorrente, ha valutato al 60% la parte dedicata all'attività lavorativa e al 40% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione (rimasta incontestata) deve essere confermata, la relativa conclusione essendo stata presa sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurata in sede d'inchiesta domiciliare del 15 giugno 2016 (doc. AI 64/188, punto b).

2.8. Nell'ambito dell'istruttoria a seguito della nuova domanda di prestazioni presentata dall'assicurata nel settembre 2014 (cfr. consid. 1.2) – dopo aver esaminato la documentazione medica raccolta, dalla quale emergevano le seguenti diagnosi con influsso sulla CL: (...) *Sindrome cervicale su turbe statiche con irradiazione algica C5-C6 bilaterale invalidante. Artrosi del polso. Rizartriosi sinistra. Disturbo da disadattamento, reazione depressiva prolungata ICD 10: F43.21). Disturbo di personalità ansioso evitante (ICD 10: F60.6) (...)*” (doc. AI 51/141) – l'Ufficio AI ha ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____ (doc. AI 53/145-147) e una perizia psichiatrica a cura della dr.ssa _____ c/o Centro Peritale delle Assicurazioni Sociali (CPAS) di _____ (doc. AI 54/148-150). Nella perizia reumatologica dell'11 agosto 2015 (doc. AI 59/169-176) il dr. _____, FMH in medicina interna e malattie reumatiche – riassunti gli atti medici ed esposti l'anamnesi e i dati soggettivi e oggettivi – , ha posto le seguenti diagnosi reumatologiche con ripercussioni sulla capacità di lavoro: “(...) 1. Persistenti dolori alla mano sx su: - Stato dopo intervento per un ganglio articolare nel 1994. - Recidiva di un piccolo ganglio in sede radio-palmare. - DD: dolori di origine somatoforme. 2. Sindrome cervico-/e lombovertebrale cronica su: - Discrete discopatie a livello C4-C5 e C5-C6, nonché marcata discopatia a livello L5-S1. - DD: dolori di origine miotensiva (...)” (doc. AI 59/173). Circa la valutazione e prognosi il perito ha rilevato che “(...) si tratta di un'assicurata 47enne già da anni in cura psichiatrica per un problema ansiodepressivo ormai cronicizzato. Già da anni la signora RI 1 lamenta dolori alla colonna vertebrale, sia a livello cervicale che lombare, per i quali era stata a suo tempo in cura dal dr. _____ ed aveva già eseguito a più riprese dei trattamenti

fisioterapici, sempre con un discreto anche se solo passeggero beneficio. Da un paio di anni lamenta inoltre ingravescenti dolori al polso sx, dove era già stata operata negli anni '90 per un piccolo ganglio. Valutata per questo problema sia dal dr. _____ che dal dr. _____ in ambito ortopedico, nonché dal dr. _____ in ambito reumatologico. Le infiltrazioni eseguite dal dr. _____ non hanno portato ad un significativo miglioramento, così come il trattamento di biorisonanza non ha potuto influenzare i dolori alla mano sx. Il dr. _____, l'ultimo specialista [ndr. recte: specialista] che l'ha visitata per questo problema, ha unicamente riscontrato la presenza di un piccolo ganglio in sede radio-palmare, non necessitante comunque di alcun intervento, che non garantirebbe in alcun modo un miglioramento dei residui dolori. L'assicurata riferisce di avere ormai imparato a convivere con i suoi cronici problemi alla colonna vertebrale, è invece particolarmente infastidita dai residui dolori al polso sx che non le permettono di eseguire normalmente tutte le attività, tanto che spesso le cadono gli oggetti dalle mani. All'esame clinico ho trovato una paziente in buone condizioni generali e nutrizionali, ben collaborante, apparentemente non depressa anche se un po' sensibile ed agitata. I movimenti della colonna toracolombare sono leggermente limitati e dolenti a livello lombare, senza segni per una radicolopatia; discreti dolori alla palpazione della muscolatura cervico-scapolare, nonché del passaggio lombosacrale. Sottolineo nuovamente l'assenza di diffusi dolori fibromialgici. Evocazione di discreti dolori alla palpazione del polso sx in sede radiale, dove è possibile confermare la presenza di un piccolo ganglio volare. Ulteriore stato articolare ai quattro arti assolutamente privo di particolarità di rilievo. Clinicamente non confermo una chiara rizartriosi o artrosi del polso. A questo proposito ricordo pure come le radiografie della mano sx eseguite nel 2013 non avessero evidenziato alcuna particolare lesione osteo-articolare (dal rapporto del dr. _____ sarebbero poi state ripetute nell'agosto dell'anno scorso delle radiografie, che vengono citate nel suo rapporto come normali). Per quanto concerne invece la colonna vertebrale, in assenza [ndr.: di] radiografie recenti mi sono permesso di eseguire delle radiografie a livello cervicale e lombare: le prime hanno confermato la presenza di discrete alterazioni degenerative a livello C4-C5 e C5-C6, mentre le seconde hanno evidenziato una marcata osteocondrosi e spondilartrosi a livello L5-S1. Queste patologie a mio parere possono solo parzialmente spiegare i suoi cronici dolori, che molto probabilmente hanno pure una certa origine funzionale-somatoforme. Per quanto concerne la valutazione della sua capacità lavorativa, ritengo che in qualità di assistente dentale l'assicurata debba essere considerata, almeno sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico, ancora 60% abile al lavoro (5-6h lavorative al giorno). Pure in qualità di aiuto-domestico ritengo giustificata una residua capacità lavorativa del 60%, con una limitazione principalmente qualitativa delle attività da svolgere. Questa limitazione è data in parte dai problemi cervico-lombari, ma soprattutto dai residui ed ormai cronicizzati dolori alla mano sx, i quali non giustificano comunque una completa incapacità lavorativa per lo svolgimento di una professione fisicamente leggera. In linea teorica, per lo svolgimento di una professione che non implichi alcun particolare utilizzo delle mani e che non richieda neppure particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetitivi di flessione del tronco, nonché lavori prolungati in posizioni inergonomiche), ritengo che la signora RI 1 debba essere considerato [ndr.: considerata] almeno l'80% abile al lavoro, ciò che vale pure in qualità di casalinga. Questa limitazione della sua capacità lavorativa, sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico è valida dal momento dell'attuale visita peritale. Non mi è infatti chiaro se l'attestata incapacità lavorativa al 100% dal 18.11.2013 e poi al 50% dal

03.12.2013 fosse dovuta veramente a problematiche ortopedico-reumatologiche o piuttosto psichiatriche. In ogni caso le descritte patologie degenerative a carico della colonna vertebrale ed i residui disturbi alla mano sx non giustificavano a mio parere una prolungata incapacità lavorativa, soprattutto per lo svolgimento di una professione fisicamente medio-leggera come quella di assistente dentale. Sotto l'aspetto terapeutico si consiglia lo svolgimento regolare di un corretto programma di ginnastica medica mirato alle descritte problematiche dorsali, evtl. combinato a misure passive antalgiche e miorilassanti. Non vi è invece alcuna indicazione chirurgica. Per i dolori alla mano sx, già ampiamente indagati e trattati dai vari colleghi che l'hanno visitata nel 2014, non credo che si possa proporre delle ulteriori valide opzioni terapeutiche che possano garantire con una certa sicurezza un miglioramento degli ormai cronicizzati dolori. Sarei molto attento ad eseguire in una simile paziente un intervento di asportazione del ganglio, visto l'importante pericolo per lo sviluppo di una reazione algodistrofica (verosimilmente è il motivo che ha spinto sia il dr. _____ che il dr. _____ a non volerla operare). Sotto l'aspetto reumatologico ritengo che la prognosi valetudinaria dell'assicurata sia abbastanza favorevole, sempre che si riesca rapidamente a reinserirla nel mondo del lavoro. Non sono evidentemente in grado di valutare se la cronica patologia psichiatrica possa maggiormente influenzare la sua capacità lavorativa ed il conseguente reinserimento in altro ambito lavorativo. (...)” (doc. AI 59/174-176). Nella perizia psichiatrica del 13 agosto 2015 (firmata dalla dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e dal dr. _____ in sostituzione della dr.ssa _____ del CPAS; cfr. doc. AI 56/154-164) – premesso che “(...) viene richiesta una valutazione bidisciplinare reumatologica e psichiatrica dal SMR finalizzata a stabilire i periodi e le percentuali di IL in attività abituale e/o adeguata nonché stabilire i limiti funzionali. Si chiede inoltre al perito psichiatra di valutare l'assicurata anche per i criteri di Foerster e di confrontarsi telefonicamente con il perito reumatologo al fine di concludere per una IL comune. La valutazione effettuata si basa su due colloqui effettuati presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali, in data 4 agosto 2015 (100 minuti) e 10 agosto 2015 (60 minuti). È stata inoltre consultata la documentazione messa a disposizione dall’UAl. (...)” (doc. AI 56/154) – i periti del CPAS hanno posto, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, la diagnosi di “(...) disturbo d’ansia generalizzato ICD 10 F 41.1 (...)” e, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, quella di “(...) Disturbo di personalità misto ansioso-dipendente ICD 10 F 61.0 (...)” (doc. AI 56/161). I periti del CPAS – elencati gli atti medici considerati ai fini della valutazione ed esposti i dati clinici – in sede di discussione hanno rilevato che “(...) si tratta di un'assicurata 46enne, di formazione assistente dentale ma ora collaboratrice domestica (percentuale come salariata non ancora calcolata), che ha inoltrato una prima domanda di prestazioni AI nel 2011 a causa di una temporanea IL del 100% dal 09.08.2010 al 28.02.2011 per un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 43.22) in comorbidità con un disturbo di personalità ansioso (evitante) (ICD 10 F 60.6) per il quale è in cura da anni dalla Dr.ssa _____ con un trattamento antidepressivo a base di Saroten. L'assicurata ha inoltrato una seconda domanda di prestazioni AI il 24.09.2014 a seguito di una patologia reumatologica in comorbidità con il disturbo psichiatrico. Il Dr med _____, curante reumatologo, ha certificato una IL del 50% come infermiera odontoiatrica dal 21.02.2014 mentre il medico curante Dr.ssa med _____ ha certificato una IL del 100% dal 18.11.2013 al 2.12.2013 e del 50% dal 2.12.2013 come collaboratrice domestica e in attività confacenti allo stato di salute. La Dr.ssa med _____ sentita telefonicamente (agli atti infatti manca la richiesta di un suo rapporto medico) mi comunica che anche per quanto riguarda la patologia psichiatrica vi è

metodica nell'esecuzione dei propri compiti, sotto pressione reagisce con un'intensificazione dello stato ansioso che la porta ad avere difficoltà a concentrarsi e a terminare il lavoro nel tempo stabilito. Non è in grado di cambiare rapidamente le mansioni.

4. Competenze: grado di disabilità nessuno: le competenze appaiono integre, l'insicurezza presente può portarla talvolta ad essere titubante, tuttavia ciò non comporta disabilità.

5. Giudizio: grado di disabilità nessuno: valuta le situazioni e esprime giudizi in maniera corretta ed adeguata al contesto.

6. Persistenza: grado di disabilità moderato: lo stato ansioso, l'aumentata affaticabilità, la rendono più lenta nell'esecuzione dei propri compiti.

7. Assertività: grado di disabilità lieve: si sente insicura verso il proprio operato, tende a non far emergere le proprie idee e ad assumere un atteggiamento piuttosto sottomesso.

8. Contatto con gli altri: grado di disabilità lieve-medio: riesce a mantenere contatti superficiali; vi è il rischio che non riesca a mantenere le giuste distanze dall'altro e a sovraccaricarsi dei problemi altrui.

9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità lieve: nell'ultima attività lavorativa non erano richieste particolari abilità nella relazione di gruppo. A causa della sua insicurezza e rigidità può avere difficoltà a lavorare in un gruppo numeroso.

10. Relazioni intime: grado di disabilità lieve: nella famiglia le relazioni sono definite come supportive, come detto sopra può accadere che l'assicurata non riesca a mantenere la giusta distanza emotiva nel lavoro.

11. Attività spontanee: grado di disabilità nessuno: riesce a svolgere attività spontanee come fare passeggiate, in generale tale ambito di valutazione non costituisce motivo di stress aggiuntivo.

12. Cura di sé: grado di disabilità nessuno: è in grado di prendersi cura in maniera appropriata della propria igiene, l'aspetto è ordinato.

13. Mobilità: grado di disabilità nessuno: dispone delle patenti, usa l'automobile, non ha difficoltà di carattere psichico che le impediscano di utilizzare i mezzi pubblici.

(...)." (doc. AI 56/163) I periti del CPAS hanno quindi concluso che "(...) per quanto la capacità lavorativa nella sua attuale professione di collaboratrice domestica e in attività medico teoriche rispettose dei limiti funzionali descritti si valuta una IL del 40% intesa come rendimento ridotto a causa dello stato ansioso presente che la porta ad essere più lenta, facilmente affaticabile, con minor resistenza e caricabilità. Come assistente dentale la IL appare del 50% inteso come rendimento ridotto, essendo tale attività connotata dalla richiesta di maggiore flessibilità e assunzioni di responsabilità rispetto alla attività di collaboratrice domestica. Le IL sono da intendersi a partire dal 18.11.2013, data dell'inizio dell'inabilità sul piano fisico. Come casalinga si valuta una IL del 20%, dato da confermare con inchiesta a domicilio da parte delle Assistenti Sociali UAI. La prognosi appare incerta, visti gli aspetti di personalità rigidi presenti e le scarse risorse personali per affrontare un percorso psicoterapeutico strutturato. Per quanto riguarda il trattamento medicamentoso esso appare adeguato; sarebbe possibile valutare un aumento del dosaggio o una variazione dell'antidepressivo in uso, tuttavia gli aspetti personalologici rappresentano un elemento che favorisce la cronicizzazione del quadro clinico, rendendolo meno responsivo alla farmacoterapia. Un aiuto al collocamento appare indicato per aiutare l'assicurata a sfruttare la capacità lavorativa residua (già in maniera autonoma ha cercato di attivarsi in tal senso). Per quanto riguarda la discussione con il Dr med _____ sulla CL avvenuta telefonicamente il 13.08.2015 si rimanda alla lettera di conclusioni finali. (...)" (doc. AI 56/163-164). Nella lettera del 13 agosto 2015, "Conclusioni peritali riguardanti la capacità lavorativa. Colloquio telefonico del 13.08.2015 dalle ore 14.05 alle ore 14.20", i periti hanno concluso: "(...) Attività abituale Nella professione quale collaboratrice domestica ore: IL 40 % inteso come rendimento ridotto. Nella professione appresa di assistente dentale: IL 50% inteso come rendimento ridotto. A partire dal 18.11.2013 data inizio IL

malattia somatica. Attività confacenti rispettose dei limiti riportate nelle due perizie reumatologica e psichiatrica. IL 40% dal 18.11.2013. Casalinga IL 20% da confermare con valutazione a domicilio da parte delle Assistenti Sociali UAI. Le IL psichiatriche e reumatologiche si inglobano per una riduzione della caricabilità. (...)” (doc. AI 57/165). L’assicurata – con l’ “opposizione” del 12 settembre 2016 (doc. AI 69/2014) interposta al “Progetto di decisione” del 29 luglio 2016 (doc. AI 67/199-202) – ha prodotto ulteriore documentazione medica e meglio: • la lettera 29 settembre 2016 della dr.ssa _____, FMH in medicina generale, del seguente tenore: “(...) Con la presente lettera vorrei contestare la vostra decisione nella quale avete rifiutato il diritto alla rendita d’invalidità al 50% per la paziente sopraccitata. La paziente rimane tuttora inabile al lavoro al 50%, contrariamente a quanto da voi riportato. La vostra valutazione non prende assolutamente in considerazione il parere dei suoi medici curanti, quello del Dr. _____, reumatologo curante della paziente, quello della Dr.ssa _____, psichiatra curante, e quello mio. La problematica degenerativa a livello cervicale, alle mani e polsi che affligge questa paziente ha provocato e provoca dolori e impotenza funzionale invalidanti, malgrado diversi cicli di fisio ed ergoterapia. Ultimamente sono anche subentrati problemi degenerativi a livello del rachide lombare, anche essi molto invalidanti, che stiamo trattando con farmaci antiinfiammatori/antidolorifici e terapia fisica riabilitativa. I danni causati da questa malattia non tornano indietro; la malattia è grave non perché metta in pericolo la vita ma perché è molto invalidante. Chi ne è colpito può trovare severe difficoltà, non soltanto nell’attività lavorativa, ma anche nella cura della propria persona. Questa situazione grava sulla fragilità psichica della paziente, peggiorando la sua problematica ansioso depressiva, per la quale è seguita da anni dalla Dr.ssa _____. Data la natura di questa malattia, si prevede un costante peggioramento della situazione di questa paziente in termini di capacità al lavoro e autosufficienza. La signora RI 1 è dotata di grande forza di volontà e determinazione, nonostante le sue evidenti limitazioni fisiche, si è sempre spinta oltre le sue risorse per poter adempire al meglio alle sue mansioni lavorative e casalinghe. In situazioni dove sarebbe stata improponibile un’attività lavorativa, lei ha voluto continuare a lavorare. La mia umile valutazione è quella fatta dal medico curante, che conosce la paziente, che cura l’essere umano, che si occupa da qualche tempo della sua salute (intesa come benessere fisico, psichico e sociale), che è al corrente delle sue difficoltà, delle sue limitazioni, delle sue preoccupazioni, della sua situazione familiare, dei suoi disturbi e della sua sofferenza esistenziale. Vi prego quindi di rivalutare "correttamente" questa paziente, per poi decidere sul suo diritto alla rendita invalidità. (...)” (doc. AI 70/211-212) e • il certificato medico del 17 ottobre 2016 nel quale la dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha attestato che “(...) la Signora RI 1 è in mia cura dal 14 maggio 2004 (12 anni). Da anni soffre di un disturbo depressivo ricorrente (F 33.1 dell’ICD 10) in disturbo di personalità misto ansioso/fobico ed ossessivo (F 61.0 dell’ICD 10). Assume la farmacoterapia antidepressiva a base di Saroten R 25mg due pastiglie al giorno e Lexotanil 3mg una a due pastiglie al giorno. Ha dovuto gettare la spugna professionalmente, rimanendo a casa alcuni anni fa e da allora non ha più trovato un lavoro per lei sostenibile, perlomeno al 100 %. Considero la mia paziente inabile al lavoro nella misura del 50% in maniera duratura e questo dal 2011. Ha lavoricchiato nella misura del 40-50% al massimo dal 2011 in poi, occupandosi di un ragazzo handicappato per due anni ed ora di una signora anziana per poche ore al giorno, nella misura del 20%. Con l’insorgenza di problemi ortopedico-reumatologici (con dolori cronici) la capacità lavorativa è ultimamente diminuita. (...)” (doc. AI 74/218). La succitata documentazione medica è stata sottoposta al

dr. _____ e al CPAS (doc. AI 73/216 e 75/219). Il dr. _____, nel complemento peritale del 24 ottobre 2016, ha evidenziato che “(...) nella sua lettera del 29.09.2016 la dr.ssa _____ non porta nuove patologie non già note e descritte precedentemente che comprovino un reale peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurata e quindi la necessità di una rivalutazione delle conclusioni alle quali ero giunto in occasione della mia perizia reumatologica. Le patologie descritte sono già state da me correttamente riportate nella descritta perizia. Non ho perciò motivo di modificare le conclusioni della citata perizia reumatologica. Desidero sottolineare come la collega citi una "fragilità psichica della paziente" con conseguente peggioramento della nota patologia ansio-depressiva, per la quale è in cura specialistica. Non posso evidentemente esprimermi a riguardo di questa patologia. (...)” (doc. AI 76/220). Dal canto loro i periti del CPAS, nel complemento peritale del 2 novembre 2016 firmato dalla dr.ssa _____ e dalla dr.ssa _____, hanno rilevato che “(...) nel certificato della Dr.ssa _____ del 17.10.2016 vengono citate come diagnosi la presenza di un disturbo depressivo ricorrente (ICD10:F33. 1 che equivale ad un episodio attuale medio) e di disturbo di personalità misto ansioso/fobico ed ossessivo (ICD10:F61 .0) presenti ormai da anni (è in sua cura dal 2004) e che hanno portato ad una IL del 50% dal 2011. Negli atti messi a disposizione dall'Al e citati in perizia vi trovo un certificato medico di malattia della Dr.ssa _____, FMH psichiatria e psicoterapia indirizzata alla _____ assicurazione del 2010 in cui è attestata come diagnosi quella di "scompenso ansioso-depressivo (F41.2) in disturbo di personalità ansioso (F60.5)" e un rapporto medico per l'Al del 27.01.2011 in cui vengono citate come diagnosi con influsso sulla CL ICD10:F60.6 (che corrisponde a un disturbo di personalità ansioso-di evitamento) e ICD10:F43.21 (che corrisponde ad una sindrome da disadattamento reazione, ansiosa depressiva) presenti da anni. Anche in quel caso il trattamento in atto era a base di Saroten R 75 mg, quindi una dose maggiore rispetto a quella attuale e di Lexotanyl allo stesso dosaggio di ora. Nessuna indicazione allora di una Sindrome depressiva ricorrente (ricordo che la diagnosi di un disturbo da disadattamento o di una sindrome ansioso depressiva non possono essere poste in presenza dei criteri soddisfatti per un episodio depressivo di qualsiasi entità anche lieve per un criterio gerarchico) e di un disturbo con caratteristiche fobiche ed ossessive come ora riportato. Dall'esame eseguito in corso di perizia e dalle informazioni riportate non sono emersi criteri sufficienti a porre una diagnosi di un episodio depressivo di qualsiasi entità, il disturbo di personalità evidenziato riproponeva maggiormente caratteristiche di aspetti dipendenti ed ansiosi, come era già stato evidenziato nel 2011 e senza un influsso sulla CL come descritto in perizia. Non trovo descritte argomentazioni che sostengano la sua valutazione di una IL del 50% dal 2011 e ricordo che in perizia mi ero espressa per una IL, intesa come rendimento ridotto, del 50% nella sua precedente attività di infermiera odontoiatrica e di IL 40% in attività ultima come badante e in attività rispettose ai limiti segnalati (quindi non IL 40% in qualsiasi attività come citato nel rapporto finale Al). Non ho quindi dati medici oggettivi che mi portino a discostare dalla mia valutazione. In ultimo non condivido la mancata proposta di un aiuto al collocamento in questa assicurata come avevo suggerito in perizia. (...)” (doc. AI 78/222). Viste le succitate risultanze mediche il medico SMR dr. _____ ha confermato il rapporto finale del 17 agosto 2015 (doc. AI 58/166-168) adducendo, nell'annotazione del 14 novembre 2016, che “(...) interpellati i Periti che avevano valutato a suo tempo l'Assicurata, questi chiariscono che la nuova documentazione presentata agli atti non modifica le conclusioni espresse nel RAF. Rimane comunque indicato procedere con un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 77/221). L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche

suenunciate e ritenuta l'inchiesta domestica del 15 giugno 2016 (doc. AI 64/187-192 di cui si dirà in seguito), con decisione del 21 novembre 2016 ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.2). 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, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, 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 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). In particolare, nella STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017, l'Alta Corte ha evidenziato che "(...) i disturbi depressivi di grado da lieve a medio - siano essi ricorrenti o episodici - vanno ritenuti secondo la prassi quali malattie invalidanti solo se sono resistenti alla terapia in modo significativo (cfr. fra tante, sentenza 9C 434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3 con riferimenti; DTF 140 V 193 consid. 3.3 pag. 197 con riferimenti). Solo in questa costellazione - infrequente, visto che dal punto di vista dell'esperienza psichiatrica consolidata questi disturbi sono generalmente trattati efficacemente dal profilo terapeutico - sono ossequiate le esigenze normative dell'art. 7 cpv. 2 seconda frase LPGa, il quale richiede una valutazione dell'incapacità al guadagno il più possibile oggettiva (cfr. anche DTF 141 V 281 consid. da 3.7.1 fino a 3.7.3 pag. 295 seg.). L'invalidità può essere ritenuta solo se accertata secondo le regole della verosimiglianza preponderante in uso nelle assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1, pag. 438) e non può essere ammessa per il semplice motivo che non può essere esclusa. Inoltre la terapia deve essere stata regolarmente seguita, nel senso che le possibilità di trattamento ipotizzabili ed esigibili dal punto di vista medico specialistico (sia di natura ambulatoriale che ospedaliera) devono essere state utilizzate in modo ottimale e costante da un paziente collaborativo (cfr. sentenze 9C 841/2016 dell'8 febbraio 2017 consid. 3.1; 9C 551/2016 del 5 dicembre 2016 consid. 5.3.1 e 9C 233/2016 del 14 novembre 2016 consid. 6.1). (...)” (STF 9C_775/2016, consid. 6.1). 2.10. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni peritali del CPAS e del dr. _____, da considerarsi dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. 2.10.1. Per quanto riguarda l'aspetto somatico, la dettagliata ed approfondita perizia reumatologica dell'11 agosto 2015 con complemento del 24 ottobre 2016 (doc. AI 59/169-176 e 76/220; vedi anche il consid. 2.8) non è stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie ed è stata confermata dal medico SMR dr. _____ sia nel rapporto finale 17 agosto 2015 che nelle annotazioni

14 novembre 2016 (doc. AI 58/166-168 e 77/221). In particolare non è possibile concludere diversamente avuto riguardo alla lettera del 29 settembre 2016 della curante dr.ssa _____ (doc. AI 70/211-212, riprodotta al consid. 2.8). Infatti, la dr.ssa _____, oltre a non essere specialista in materia, non si è confrontata minimamente né con valutazione reumatologica del dr. _____ né con quella psichiatrica del CPAS; non ha posto diagnosi diverse; non si è espressa compiutamente sulla capacità lavorativa nell'attività abituale e in un'altra attività adeguata e nella propria valutazione ha considerato sia gli aspetti somatici che quelli extra somatici (lo si ribadisce) pur non essendo ella specialista. Anche nell' "aggiornamento dello stato di salute" del 7 marzo 2017 (doc. B/1 che ricalca il precedente scritto del 29 settembre 2016) la dr.ssa _____ non oggettiva una sostanziale modifica dello stato di salute limitandosi a confermare che "(...) la problematica degenerativa poli-articolare che affligge questa paziente si manifesta non soltanto a livello delle mani e dei polsi, ma anche al rachide in tutta la sua estensione. Questa problematica osteo-articolare provoca dei dolori e impotenza funzionale invalidanti, malgrado diversi cicli di fisio ed ergoterapia. Ultimamente vista la refrettarietà delle misure antalgiche/analgesiche di tipo riabilitativo e farmacologico finora attuate, è anche in cura dal Dr. _____, chiropratico. (...)" (doc. B/1) ed a trasmettere al TCA il referto "rx della colonna cervicale ed rx colonna lombo-sacrale del 25.01.1017" del dr. _____ del servizio di radiologia della _____ di _____ (doc. B/2-9). Al riguardo questo Tribunale può fare propria la valutazione del medico SMR dr. _____ che, nell'annotazione del 20 marzo 2017, ha rilevato: "(...) Attuale nuova documentazione: Rapporto dr.ssa _____ del 7.3.2017 Referto Rx colonna cervicale e colonna lombo-sacrale del 25.1.2017: presenza in particolare di discopatia cronica a livello L5-S1, a livello cervicale unicamente contenute alterazioni degenerative. Valutazione: dall'attuale documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurata. L'esame radiologico in particolare lombare mostra alterazioni di tipo degenerative compatibili con la diagnosi posta in occasione della valutazione reumatologica. Il referto è in pratica sovrapponibile alla radiografia eseguita dal dr. _____ il 6.8.2015. Conclusione: dall'attuale documentazione non risultano nuovi elementi o una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale. (...)" (X/1). 2.10.2. Per quanto riguarda l'aspetto extra somatico lo stato di salute dell'assicurata è stato approfonditamente vagliato dalla perizia del CPAS del 13 agosto 2015 con complemento del 2 novembre 2016 (doc. AI 56/154-164 e 78/222; vedi anche il consid. 2.8). Questa valutazione non è stata smentita da altri certificati da parte di medici specialisti ed in particolare la psichiatra curante dr.ssa _____ non ha preso alcuna posizione riguardo al complemento del 2 novembre 2016 nel quale i periti del CPAS, da una parte hanno puntualmente preso posizioni sulle diagnosi da lei poste nel certificato medico del 17 ottobre 2016 (doc. AI 74/218, riprodotto al consid. 2.8) e, dall'altra parte si sono riconfermati nella valutazione della capacità lavorativa da loro espressa. Conformemente alla succitata giurisprudenza valida in materia di valutazione probatoria di atti medici (cfr. consid. 2.9) e ribadito che in sede di ricorso (pur avendone avuto la possibilità) l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medico specialistica contraria, questo Tribunale non ha alcuna ragione per scostarsi dalla valutazione peritale del CPAS. 2.10.3. In conclusione – ricordato che nella lettera del 13 agosto 2015 "Conclusioni peritali riguardanti la capacità lavorativa. Colloquio telefonico del 13.08.2015 dalle ore 14.05 alle ore 14.20" , i periti dr.ssa _____ e dr. _____, (rilevato che le incapacità lavorative psichiatriche e reumatologiche non vanno cumulate inglobandosi nella riduzione

della caricabilità) hanno attestato, dal 18 novembre 2013, una IL del 40% (flessione del rendimento) nell'attività abituale quale collaboratrice domestica e in un'attività adeguata; una IL del 50% (flessione del rendimento) nella professione appresa di assistente dentale e una IL del 20% quale casalinga da confermare in sede di inchiesta domestica (doc. AI 57/165) – la valutazione medica secondo la quale dall'ottobre 2013 vi è un'incapacità al lavoro (da intendersi come flessione del rendimento) del 40% nell'attività di collaboratrice domestica come in un'altra attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti e del 50% quale assistente dentale (per l'attività quale casalinga vale un'incapacità del 20% da verificare) deve essere confermata da questo Tribunale. In questo senso – come del resto segnalato dai periti del CPAS nel complemento del 2 novembre 2016 (doc. AI 78/222) – va corretta l'incapacità lavorativa residua nell'attività quale aiuto dentista che è del 50% e non del 40% come ritenuto a torto dall'Ufficio AI. Non può invece essere seguita l'insorgente laddove pretende che l'incapacità lavorativa sia di circa il 70% (cfr. consid. 1.3) allorquando gli stessi medici curanti (la dr.ssa _____ nella lettera del 29 settembre 2016 sub doc. AI 70/211-212 e la dr.ssa _____ nel certificato medico del 17 ottobre 2016 sub doc. AI 74/218) hanno invece attestato un'incapacità lavorativa del 50%.

Nemmeno è possibile concludere diversamente per il solo fatto che l'assicurata – dopo un periodo d'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dall'agosto 2010 al febbraio 2011 (così come concluso nell'ambito della prima domanda di prestazioni sfociata nella decisione dell'Ufficio AI del 15 giugno 2011; cfr. consid. 1.1) – abbia disdetto (per motivi di salute) il contratto di lavoro con un grado di occupazione del 60% quale assistente dentale presso il medico dentista _____ di _____ (cfr. doc. AI 24/54-60 e 24/61) ed abbia in seguito lavorato quale aiuto domestico dapprima presso il signor _____ dal 1. aprile 2012 al 30 novembre 2013 (cfr. doc. AI 47/123-128 con i rispettivi certificati di salario sub doc. AI 40/97-98) e poi dal luglio 2014 presso la sig.ra _____ con una media di 10 ore alla settimana (cfr. doc. AI 49/135-139 e certificato di salario per l'anno 2015 sub doc. AI 69/205).

2.11. Per il calcolo del grado d'invalidità – ritenute la parte dedicata all'attività lavorativa del 60% e la quota dedicata alle mansioni domestiche pari al 40% (cfr. consid. 2.7) – l'Ufficio AI ha correttamente applicato il metodo misto. 2.11.1. Grado d'invalidità per la parte casalinga L'insorgente fatto valere un peggioramento dello stato di salute e che non può più occuparsi del giardino sostiene che “(...) in riferimento all'indagine casalinga effettuata nel giugno 2016, negli ultimi mesi la situazione è peggiorata e quindi le relative percentuali stabilite dall'Ufficio AI devono essere riviste. [...] Non è più in grado di occuparsi del giardino, grado non calcolato da parte dell'AI. (...)” (I). L'Ufficio AI, per stabilire la capacità dell'assicurata quale casalinga, ha fatto esperire un'inchiesta domiciliare il 15 giugno 2016 (cfr. doc. AI 63/186 e il relativo rapporto dell'8 luglio 2016 sub. doc. AI 64/187-192). Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione domestica, l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 21% (doc. AI 64/192). Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni. Considerato che l'insorgente, da una parte, non ha formulato valide contestazioni (tale non può essere certo ritenuta la succitata generica pretesa di rivedere le percentuali stabilite dall'assistente sociale in forza di un peggioramento dello stato di salute che questo Tribunale non ha potuto confermare; cfr. consid. 2.10) e, dall'altra parte, che dalla stessa inchiesta domestica emerge che “(...) del giardino si è sempre occupato il marito (...)” (doc. AI 64/191; anche dalla perizia 13 agosto

2015 del CPAS risulta che "(...) vivono in una casa indipendente di 2 piani (20 m² per piano) con un giardino di cui si occupa il marito. (...)” (doc. AI 56/158); non può quindi essere ritenuta alcuna percentuale d'impedimento per una mansione non svolta), alla valutazione dell'assistente sociale va prestata piena adesione. Va qui ricordato che nella Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore (nella versione italiana) valido dal 1. gennaio 2015, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera è prevista una ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo attribuibile a ciascuna di esse. In particolare la cifra 3086 prevede: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva: Attività Minimo % Massimo % 1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo) 2 2 5 5 2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento) 10 50 3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti) 5 5

E. 20

6. Accudire i figli o altri familiari 0 30 7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)* 0 50 * Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)." Mentre alle cifre 3087, 3088 e 3089 si legge ancora: " Il totale delle attività dev'essere sempre del 100% (Pratique VSI 1997 pag. 298). Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 pag. 244). In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1048 e 3044 segg.) Deve cioè ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (decisione del TFA del 17 marzo 2005, I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona attiva nell'economia domestica deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati, N. 1048 e 3044 segg.). La maggior mole di lavoro può essere presa in considerazione per il calcolo dell'invalidità soltanto se l'assicurato non è in grado di svolgere la totalità dei lavori domestici durante il normale orario di lavoro e necessita dunque dell'aiuto di terzi (RCC 1984, pag. 143, consid. 5). L'interessato deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei familiari in misura maggiore rispetto a chi non ha problemi di salute (I 257/04 e DTF 130 V 97 consid. 3.3.3). Se non adotta i provvedimenti volti a ridurre il danno, al momento della valutazione dell'invalidità non sarà tenuto conto della diminuzione della capacità al lavoro nell'ambito domestico." Al riguardo, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha stabilito che – in linea di massima e senza valide ragioni – non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 pag.

291 consid. 4a; ZAK 1986 pag. 235 consid. 2d; RCC 1984 pag. 143, consid. 5; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). L'allora TFA, in una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al consid. 4.1 della STF 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013), ha confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (RCC 1989 pag. 131 consid. 5b, 1984 pag. 144 consid. 5). L'Alta Corte ha inoltre precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (STF 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013; STF 8C_843/2011 del 29 maggio 2012; AHI-Praxis 2001 pag. 161 consid. 3c), ritenuto tuttavia che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta – strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica – è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003). In concreto, la conclusione peritale secondo cui quale casalinga vi è una “(...) IL 20% da confermare con valutazione a domicilio da parte delle Assistenti Sociali UAI (...)” (doc. AI 57/165) è stata confermata dall'inchiesta domiciliare del 15 giugno 2016 nella quale l'assistente sociale ha concluso per una percentuale d'invalidità totale del 21% (doc. AI 64/192). In questo senso – ribadito che, per le ragioni sopra esposte e considerato anche l'esigibilità dell'aiuto del marito evidenziato dall'assistente sociale, non vi è alcun motivo per scostarsi – la valutazione dell'inchiesta del 15 giugno 2016 deve essere confermata dal TCA. L'Ufficio AI, posta la percentuale del 40% quale casalinga, ha quindi concluso che il discapito economico per questa quota è dell'8,4% ($40 \times 21\% = 8,4\%$). 2.11.2. Grado d'invalidità per la parte salariata Per calcolare il grado d'invalidità l'Ufficio AI è partito dall'attività svolta al 60% quale assistente dentale presso il medico dentista _____ di _____ (doc. AI 24/54-60). Questa ipotesi, rimasta incontestata e più favorevole all'insorgente ritenuto che nelle seguenti attività svolte di collaboratrice domestica l'impiego era irregolare e i redditi inferiori (cfr. doc. AI 40/97-98, 47/123-128, 49/135-139 e 69/205), può essere fatta propria da questo Tribunale. Per giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; cosiddetto raffronto dei redditi percentuale). Il Tribunale federale, nella sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata nella sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Da ultimo, questo principio

è stato confermato dal Tribunale federale nelle sentenze 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 6 e 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013 consid. 5. In quelle occasioni l'Alta Corte aveva evidenziato: " Giova infatti ricordare che nel caso in cui - come quello di specie - continua a beneficiare di una capacità lavorativa residua nell'attività lucrativa che esercitava a tempo parziale prima del danno alla salute, la persona assicurata non subisce una incapacità di guadagno nella misura in cui la sua capacità lavorativa residua è superiore o uguale al tasso di attività che eserciterebbe senza detto danno (DTF 137 V 334 consid. 4.1 in fine pag. 340 con riferimento). Orbene, in concreto è stabilito che l'assicurata è in grado di riprendere - seppure con una capacità lavorativa limitata - un impiego nel suo precedente ambito di attività. In tal modo è effettivamente possibile procedere a un confronto percentuale per valutare la perdita di guadagno e, di conseguenza, l'invalidità nella parte dedicata all'esercizio di un'attività lucrativa (cfr. DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti).". In concreto, volendo applicare come ha fatto l'amministrazione il confronto percentuale dei redditi, posta la percentuale del 60% quale salariata il discapito economico per questa quota ammonta al 30% ($60 \times 50\% = 30\%$). Di conseguenza, sempre procedendo come ha fatto l'Ufficio AI (ritenuto l'impedimento nell'attività di casalinga dell'8,4%; cfr. consid. 2.11.1), il grado d'invalidità complessivo presentato dall'assicurata si attesta al 38% ($30 + 8,4 = 38,4\%$ arrotondato al 38% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41). 2.11.3. In una sentenza 9C_666/2016 del

E. 23

gennaio 2017, il TF, in merito alla valutazione del grado d'invalidità di un'assicurata che lavorava in qualità di cassiera e responsabile a tempo parziale (32.5 ore alla settimana pari ad un tasso d'occupazione del 81.25%) e per il rimanente era casalinga, e che presentava una capacità residuale del 50% in qualsiasi attività (abituale e adatta) ed un impedimento nell'attività di casalinga (accertato con l'inchiesta economica dell'assistente sociale) del 6,3%, ha applicato il metodo misto e si è così espresso: " Sur la base des avis médicaux au dossier, le tribunal cantonal a considéré que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité professionnelle ou toute autre activité adaptée. Par ailleurs, il a retenu que l'enquête ménagère, qui concluait à un degré d'empêchement de 6,3 % dans les travaux habituels, avait force probante et écarté les griefs de l'assurée à cet égard, concernant notamment l'exigibilité retenue pour l'aide apportée par sa fille majeure. Relevant que l'intimée ne contestait pas le statut mixte retenu, ni la pondération des champs d'activités (part de 80 % pour l'activité professionnelle et de 20 % pour les travaux ménagers), l'autorité cantonale a ensuite procédé au calcul du degré d'invalidité, qu'elle a fixé à 41,81 % ($[(32,5 \times 50) + ((40-32,5) \times 6,3)]/40$). Sur la base de cette évaluation, elle a octroyé un quart de rente d'invalidité à l'intimée dès le mois de juillet 2014. (...). L'office recourant conteste le calcul du taux d'invalidité effectué par la juridiction cantonale. Il fait valoir que l'empêchement dans la sphère professionnelle ne s'élève pas à 50 %, comme retenu en violation du droit par le jugement attaqué, mais à 38,46 %. (...). Le grief est bien fondé. En effet, l'autorité cantonale a directement intégré dans son calcul le taux d'incapacité de travail retenu par l'expert médical (50 %). Or celui-ci n'exprime pas la perte de gain subie par l'assurée, dès lors que, selon les faits constatés par le jugement attaqué, celle-ci travaillait à temps partiel avant la survenance de son invalidité (32,5 heures par semaine sur 40 heures selon l'horaire normal de travail dans l'entreprise, correspondant à un taux d'occupation de 81,25 %). En application des principes de la jurisprudence (cf. ATF 137 V 334 consid. 4.1 p. 339 s.), l'incapacité de gain de l'intimée doit donc être établie en comparant le revenu qu'elle aurait touché en travaillant à 81,25 % avec celui qu'elle pourrait

obtenir en exerçant son activité à 50 %. Le taux d'empêchement (pour la sphère lucrative) qui ressort de ce calcul est de 38,46 % ($[(81,25-50)/81,25] \times 100$), et non de 50 %.

Compte tenu en outre d'un taux d'empêchement de 6,3 % dans l'accomplissement des travaux habituels, le degré d'invalidité global s'élève à 32 % ($[32,5 \times 38,36 \% + (40 - 32,5) \times 6,3 \%] / 40$; sur ce calcul, cf. ég. ch. 3101 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité). Ce taux est insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité. " Applicando questa giurisprudenza al caso concreto bisogna concludere che l'assicurata – che lavorava al 60% quale assistente dentale (24 ore alla settimana sulle 40 ore normali di lavoro nell'azienda; cfr. doc. AI 24/56) ed ha una capacità residua del 50% in questa attività – presenta, per la parte salariata (60%), un grado d'invalidità del 16,6% ($[(60 - 50) / 60] \times 100$). Sempre in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 9C_666/2016 del 23 gennaio 2017, viste le quote parti tra attività salariata (60%) e mansioni casalinghe (40%) e ritenuto un impedimento nell'attività di casalinga (accertato con l'inchiesta economica dell'assistente sociale; cfr. consid. 2.11.1) del 21%, il grado di invalidità globale si attesta al 18% ($\{([24 \text{ ore} \times 16,6\% \text{ impedimento attività salariata} + (40 \text{ ore} - 24 \text{ ore}) \times 21\% \text{ impedimento attività di casalinga}] / 40) = 18,36\%$ arrotondato al 18% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41) . Per un caso in cui questo Tribunale ha proceduto in questo modo vedi la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017. 2.12. Da quanto sopra esposto risulta che, sia procedendo come ha fatto l'amministrazione (cfr. consid. 2.11.1 e 2.11.2) che conformemente alla giurisprudenza di cui alla STF 9C_666/2016 del 23 gennaio 2017 (cfr. consid. 2.11.3), il grado d'invalidità complessivo non raggiunge la quota minima pensionabile del 40% ai sensi dell'art. 28 cpv. 2 LAI (38% procedendo come ha fatto l'Ufficio AI e 18% secondo la STF 9C_666/2016 del 23 gennaio 2017). È dunque a ragione che l'amministrazione ha negato il diritto ad una rendita d'invalidità. Quanto ai provvedimenti professionali questo Tribunale può fare propria la conclusione della consulente in integrazione professionale (rimasta incontestata) secondo cui "(...) non si intravedono provvedimenti professionali atti a migliorare la sua capacità di guadagno. (...)” (doc. AI 66/198). All'insorgente va ricordato che, vista l'annotazione 14 novembre 2016 nella quale il dr. _____ ha segnalato che "(...) rimane comunque indicato procedere con un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 77/221), può rivolgersi all'amministrazione per un aiuto in questo senso. 2.13. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.-- e fr. 1'000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito delle vertenze, le spese per complessivi fr. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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