

TI_GERICHTE 32.2017.202 vom 27. Oktober 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-10-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.202

FR: TI_GERICHTE 32.2017.202 du 27 octobre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.202 del 27 ottobre 2017

Regeste

Con la revisione d'ufficio l'UAI ha ridotto il D alla rendita di una salariata/casalinga. Il TCA conferma la perizia pluridisciplinare: nessuna problematica psichica, solo fisica. La valutazione dell'assistente sociale per la parte casalinga è corretta. Con il metodo misto di calcolo si ha grado AI 44%

Erwägungen

E. 13

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

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

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

E. 14

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

all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017).

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina (u. Kieser , *Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung*, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis , *IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts*, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione 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 vedi la STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). 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. (...)". Detti articoli non possono tuttavia essere applicati alla presente fattispecie visto che, per consolidata prassi (STF 2C_471/2009 del 23 luglio 2010 consid. 5.3), in caso di modifica delle basi legali e in mancanza, come si avvera in concreto, di regolamentazione transitoria contraria, si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (cfr. anche la DTF 132 V 215 consid. 3.1.1). Per contro le norme procedurali, in assenza di disposizioni transitorie, trovano immediata applicazione. Su questo argomento si veda anche la STF 9C_553/2017 del 18 dicembre 2017 e la Lettera circolare AI n. 372 dell'UFAS del 9 gennaio 2018. 2.5. Al fine di determinare il metodo di calcolo 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-Blaser , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 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 , op. cit., pag. 288; Blanc , op. cit., pag. 190-191). 2.6. Occorre inoltre segnalare che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, che incide quindi in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche all'art.

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando , in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità , è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al

momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95).

Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.7.

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità,

anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.8. Nel caso di specie, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e sentito il parere del Servizio Medico Regionale che ha ritenuto necessario sottoporre l'assicurata a una perizia pluridisciplinare, l'Ufficio assicurazione invalidità l'ha affidata al Servizio Accertamento Medico. La perizia è stata allestita il 3 marzo 2016 (doc. 173) dopo che il Servizio Accertamento Medico ha avuto modo di visitare l'assicurata i giorni 27 ottobre, 3, 7, 10, 24 e 25 novembre 2015, nonché il 5 dicembre 2015 per accertamenti pluridisciplinari ambulatoriali. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 1990 al 2015, il SAM ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale e professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali, la descrizione della giornata e la terapia. Nelle constatazioni obiettive il perito ha descritto lo status dell'assicurata, gli esiti degli esami di laboratorio effettuati il 24 novembre 2015, degli esami radiologici del 3 e del 25 novembre 2015, di quelli cardiologici anch'essi del 25 novembre 2015 e degli esami neurologici del 10 novembre 2015. Il 3 novembre 2015 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, ha sottoposto l'assicurata a una valutazione e nel suo rapporto del 6 novembre seguente ha esposto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale e professionale, quali dati soggettivi l'anamnesi attuale e l'affezione attuale, mentre quali dati oggettivi lo status reumatologico e gli esami radiologici della colonna toracale e lombare, come pure del ginocchio destro e

sinistro. Lo specialista ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di contrattura con deficit funzionale al ginocchio sinistro in stato dopo protesi totale nel 1990 per un tumore gigantomucinoso grado II, nonché reintervento nel 1993 con revisione della protesi e sostituzione del trapianto osseo con del cemento a seguito di instabilità; periartropatia omero-scapolare tendinopatica in parte anchilosante con capsule retrattile alla spalla sinistra; fibromialgia di tipo primario. Quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa il reumatologo ha individuato una cervico-toracolombalgia nell'ambito di alterazioni statiche e iniziali alterazioni di tipo degenerativo, prevalentemente alla colonna toracale; sindrome del tunnel carpale bilaterale e stato dopo tendinite stenotica del flessore del pollice destro infiltrata nel 2014; dolori alla pianta del piede e ai metatarsi bilateralmente; gonalgia a destra su ginocchia valga. Nello stabilire le limitazioni funzionali, il perito ha osservato che l'assicurata era limitata prevalentemente dalla patologia al ginocchio sinistro con un'anchilosi sub-totale, che le impediva una deambulazione corretta, di salire e scendere le scale alternando la gamba sinistra con la gamba destra e le rendeva impossibile potersi inginocchiare con il ginocchio sinistro. Anche il mantenere delle posizioni per lungo tempo seduta era piuttosto associato a dei disturbi e doveva continuamente cambiare di angolazione del proprio ginocchio per potere sopportare di più i dolori. La messa in moto era problematica quando deve alzarsi o la mattina quando deve vestirsi. V'erano inoltre delle limitazioni per quanto riguardava il braccio sinistro, con una limitazione nell'abduzione di 80° così come l'elevazione e per quanto riguardava la rotazione esterna di 45°. L'assicurata non riusciva nella rotazione interna a raggiungere il gluteo sinistro, era limitata nell'alzare dei pesi sopra l'orizzontale con le braccia; il braccio sinistro non è il braccio dominante. Le altre patologie, sia quella alla colonna vertebrale come pure al ginocchio destro e alla pianta dei piedi bilateralmente, non erano determinanti per una limitazione funzionale. L'assicurata poteva alzare pesi fino a 10kg raramente da terra, poteva portarli e alzarli fino al massimo all'altezza del corpo; con più frequenza poteva portare pesi fino a 5kg. Poteva rimanere seduta per almeno due ore, mantenersi in piedi cambiando appoggio e muovendosi per circa due ore; era limitata nella deambulazione per un'ora, nel camminare su terreni sconnessi o in salita e discesa e nel fare le scale. Non poteva alzare pesi sopra l'orizzontale con il braccio sinistro, non era limitata nell'utilizzo delle mani in attività manuali fini, neppure nell'utilizzo di attrezzi se non troppo pesanti, non doveva fare forza con il braccio sinistro o lavorare contro resistenza. Nello stabilire il grado di incapacità lavorativa dell'assicurata, il reumatologo l'ha ritenuta dal 1° febbraio 2002 inabile al lavoro al 100% nell'ultima attività esercitata di ausiliaria di pulizie, mentre nell'attività di casalinga l'incapacità era del 20% , intesa come riduzione della redditività sul posto di lavoro. Per quanto riguardava un'attività lavorativa adeguata, che tenesse conto delle limitazioni indicate, il perito ha ritenuto che dal 2002 l'assicurata presentasse una capacità lavorativa del 50% , intesa come riduzione della redditività sul posto di lavoro. La prognosi era piuttosto negativa per i disturbi lamentati dall'interessata, non erano inoltre indicati provvedimenti di riqualifica professionale, mentre lo era un tentativo di reinserimento professionale in un'attività lavorativa adatta. Lo specialista ha precisato che l'incapacità lavorativa determinata in attività adatta poteva solo in parte essere sommata a un'eventuale incapacità professionale dal punto di vista psichiatrico, ritenuto che il grado del 50% determinato teneva già in considerazione la sintomatologia dolorosa a carattere diffuso di cui l'assicurata soffriva in ambito fibromialgico. Infine, egli ha osservato che con delle fisioterapie intensive, con la biorisonanza e con eventualmente delle infiltrazioni si sarebbero potuti migliorare ulteriormente i disturbi alla spalla sinistra, ma comunque un

miglioramento significativo della capacità professionale in attività adatta non sarebbe stato raggiungibile, tenendo in considerazione le altre due patologie: la fibromialgia primaria e la patologia al ginocchio sinistro. Il 10 novembre 2015 il dr. med. _____, specialista FMH neurologia, che aveva già visitato l'assicurata nel 1995 e nel 2002 per delle brachialgie parestetiche, l'ha esaminata ora sia dal punto di vista clinico che elettroencefalografico e nel suo referto steso il giorno seguente il perito ha esposto l'anamnesi, lo stato neurologico e l'esame elettroencefalografico. La diagnosi posta è stata di compressione cronica dei due nervi mediani nei canali carpali, prevalente a sinistra; esiti di lesione del nervo peroneo sinistro; emicrania senza aura. Nella sua valutazione l'esperto ha evidenziato che l'assicurata presentava un quadro di compressione cronica dei due nervi mediani nei canali carpali e brachialgie sinistre in parte legate anche alla periartrite anchilosante della spalla, con limitazione funzionale soprattutto all'elevazione e nell'abduzione, non deficit per il muscolo sottospinato. Nei membri inferiori esiti di lesione del nervo peroneo sinistro, attualmente ben recuperato, senza problemi maggiori alla marcia, nessuna sindrome cervico-vertebrale o lombo-vertebrale, problematiche piuttosto ortopediche e reumatologiche dei membri inferiori e del bacino, eventualmente anche a livello lombare su alterazioni statiche secondarie. La problematica neurologica maggiore era a quel momento la sofferenza del nervo mediano a sinistra nel canale carpale, meno anche del destro e quindi l'assicurata era impedita nelle sue attività manuali. Accusava inoltre delle cefalee dal carattere emicranico 1-2 volte alla settimana, che non sembravano essere motivo di incapacità lavorativa. Attiva ormai da 25 anni solo come casalinga, non riusciva più a praticare attività nemmeno di cucito a causa della problematica alle mani. Questo problema poteva però essere risolto chirurgicamente. Per la capacità lavorativa, in considerazione della problematica alle due mani e al piede sinistro, il neurologo l'ha valutata essere del 70% , da integrare e non sommare ad altri gradi di incapacità lavorativa di origine ortopedica, reumatologica, psichiatrica e internistica. Nel suo complemento del 12 febbraio 2016 il perito ha precisato che l'incapacità lavorativa del 30% era valida sia come casalinga sia in un'attività adeguata, dove l'uso delle braccia non fosse continuo e ripetitivo. I disturbi alle braccia sono presenti dal 1995 tanto che già allora era stata dichiarata inabile di lavorare in attività pesanti e in casa doveva essere aiutata dal marito e da terzi. La riduzione della capacità lavorativa era da intendere sia come diminuzione del rendimento che come anche un allungamento dei tempi di esecuzione delle attività, quindi anche del tempo di lavoro. Non erano possibili provvedimenti di integrazione, mentre l'assicurata poteva lavorare come sorvegliante, venditrice di oggetti non pesanti. Dal punto di vista clinico la situazione non si era particolarmente modificata: al contrario, si notava un netto peggioramento della conduzione sensitivo-motoria del nervo mediano sinistro del canale carpale fra l'esame del 2015 e quello del 2002, situazione che poteva essere risolta chirurgicamente, perciò non era definitiva e dal punto di vista neurologico v'era la possibilità di miglioramento per la compressione dei nervi mediani nei canali carpali e anche l'emicrania poteva regredire di frequenza con il passare degli anni dopo la menopausa. Una visita cardiologica è stata effettuata il 25 novembre 2015 da parte del dr. med. _____, specialista FMH in cardiologia, il quale nel referto di pari data ha raccolto l'anamnesi ed esposto l'esame obiettivo con l'esito dell'ECG, della ecocardiografia e dell'Holter 24 ore. Il perito ha osservato che l'esame cardiovascolare era nei limiti di norma, non si sono evidenziate patologie a carico della sfera cardiaca. Le palpitazioni lamentate che in parte potevano essere dovute a delle tachicardie atriali di brevissima durata non rivestivano un'importanza clinica e la prognosi era molto buona. La capacità funzionale

dell'assicurata non ha potuto essere valutata, in quanto quest'ultima ha preferito evitare la prova da sforzo per dolori articolari e in particolare al ginocchio. Tuttavia, poiché l'interessata riusciva a camminare in pianura e anche in salita, la sua capacità funzionale poteva essere definibile come almeno nei limiti di norma. D'avviso del perito, una malattia coronarica emodinamicamente significativa non era presente. Il cardiologo ha posto la diagnosi di palpitazioni in parte dovute a rare tachicardie atriali non sostenute con esame ecocardiografico nei limiti di norma e ECG normale. Nel valutare la capacità lavorativa egli ha ritenuto che, dal profilo strettamente cardiologico, l'assicurata era abile al 100% nella attività di ausiliaria di pulizie, in altre e così pure come casalinga. Infine, l'interessata è stata pure sottoposta a una valutazione psichiatrica da parte della dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, con cui ha avuto due colloqui clinici il 7 novembre (di 60 minuti) e il 5 dicembre 2015 (durato 30 minuti). Il rapporto peritale dell'11 dicembre 2015 espone un'introduzione in cui vengono riassunti i precedenti certificati medici attinenti a diagnosi psichiche, l'anamnesi personale e patologica (nel corso degli anni l'assicurata è stata seguita da diversi psichiatri, ma da anni non assumeva più alcuna terapia farmacologica di interesse psichiatrico; dall'aprile 2014 era seguita da una psicoterapeuta con sedute ogni 15-20 giorni), i dati clinici soggettivi, la farmacoterapia (solo farmaci erboristici) e lo status psichico. La psichiatra non ha posto alcuna diagnosi psichica con influsso sulla capacità lavorativa, mentre senza ripercussione ha indicato una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2) e una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4). La perita ha altresì evidenziato che i criteri di Förster non erano positivi: il quadro algico appariva sì cronico e poco rispondente alle terapie organiche, ma l'assicurata non manifestava una compromissione del funzionamento biopsicosociale, né franco ritiro o funzionamento regredito. Il quadro somatoforme non si associava a rilevante diagnosi psichiatrica altra. L'esperta ha sottolineato che l'assicurata aveva una presa a carico psicologica, ma nessuna terapia farmacologica psichiatrica salvo quanto registrato nell'area fitoterapica. Da anni non assumeva alcun antidepressivo per supposti effetti collaterali. Nelle sue conclusioni, l'esperta ha evidenziato che, dall'esordio, il quadro ha mantenuto una qualità espressiva nell'area mista ansioso-depressiva con note di ansia acuta più o meno presenti a seconda delle fasi contingenti di vita. Non si evidenziavano elementi compatibili con un franco episodio depressivo né nessuno lo aveva mai certificato in precedenza. Il quadro algico, che era anche stato denominato fibromialgico, poteva essere inteso in tal senso soprattutto per la diffusione dei sintomi dolorosi ad altri distretti, per la persistenza, la scarsa risposta ai trattamenti. Non risultavano però positivi i criteri di Förster riferiti ad eventuale comorbidità psichiatrica di rilievo, non si registrava regressione del funzionamento e ritiro sociale. Il quadro espressivo della sindrome mista dall'esordio fino a quel momento appariva migliorato nell'espressività, tanto che da molti anni l'assicurata non ha più dovuto tentare di assumere farmaci psichiatrici, ma ha potuto giovare di terapie con piante ed altre tecniche psicologiche anche tipo rilassamento. Pertanto, a dire della perita, il quadro espressivo riscontrato non poteva sostenere alcuna percentuale di incapacità lavorativa per motivi psichici: abile quindi al 100% per l'attività di casalinga, nell'attività da ultimo svolta così come per tutte le altre teoricamente esigibili adatte alla situazione fisica. Da ultimo, la psichiatra ha osservato che già nel ricovero a _____ del 2002 si era richiamata l'attenzione sul fatto che il limite della capacità lavorativa anche come casalinga fosse da riferirsi ad aspetti somatici. Infine, non era possibile definire a posteriori un'epoca precisa di netto miglioramento, però il quadro riscontrato all'esame era così espresso da tempo. Essa ha quindi affermato che almeno da sei mesi prima della sua visita

peritale il quadro fosse stabile e invariato. Il 29 febbraio 2016 alle ore 11.30 i periti del Servizio Accertamento Medico e il dr. med. _____ e il dr. med. _____ hanno avuto modo di discutere del caso in teleconferenza in modo esaustivo. Alla luce delle consultazioni dei quattro specialisti, il SAM ha posto le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa stabilite dai singoli esperti. Nella valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività, gli esperti hanno ritenuto che dal 1° febbraio 2002 l'assicurata presentava una capacità lavorativa nulla come ausiliaria di pulizie a causa della patologia reumatologica prevalentemente a carico del ginocchio sinistro, che le comportava un'anchilosi subtotale e determinate limitazioni funzionali. La sua capacità lavorativa in attività adeguate, tenendo conto delle limitazioni funzionali elencate dal perito reumatologo, era del 50% a causa prevalentemente della patologia reumatologica; in questa riduzione sono state considerate sia le limitazioni funzionali determinate dalle problematiche somatiche sia la sintomatologia dolorosa a carattere generalizzato nell'ambito del quadro di tipo fibromialgico. Inoltre, essendo la problematica della spalla sinistra di insorgenza più recente rispetto ai problemi del ginocchio che risalgono agli inizi del 2000, tale problematica doveva essere tenuta in considerazione nella ricerca di un'attività adatta, con idoneità per attività non ripetitive con le braccia, non sollevamento di pesi e non sollevamento del braccio sinistro sopra l'orizzontale. Dal punto di vista neurologico esisteva un'incapacità lavorativa del 30% , che i periti hanno integrato nell'incapacità lavorativa del 50% dal punto di vista reumatologico; per la patologia neurologica è stata consigliata un'attività dove l'uso delle braccia non fosse continuo e ripetitivo. Le varie incapacità lavorative non andavano dunque sommate, ma integrate, in quanto i limiti funzionali sia agli arti superiori che inferiori erano gli stessi da entrambi i consulenti. La riduzione al 50% , valida da maggio 2015 quando è subentrato un miglioramento del quadro clinico dal lato psicoaffettivo, era da intendersi come riduzione del rendimento sul posto di lavoro, che comportava un allungamento dei tempi di esecuzione delle attività. Per il periodo precedente faceva stato quanto deciso dall'Ufficio AI nelle varie revisioni. Come casalinga l'assicurata risultava inabile al lavoro in ragione del 20% (intesa come riduzione del rendimento) dal punto di vista reumatologico, mentre per la patologia neurologica concernente in primo luogo la sindrome del tunnel carpale era stata ritenuta inabile al 30%. L'incapacità lavorativa complessiva in attività di casalinga era dunque del 30% . Per i periti non risultavano indicati dei provvedimenti di riqualifica professionale. Per la patologia reumatologica la prognosi era piuttosto negativa, giacché la fibromialgia primaria, come pure la patologia al ginocchio sinistro, non erano in grado di portare all'assicurata un miglioramento significativo della capacità professionale in attività lavorativa adatta. Dal lato neurologico esisteva la possibilità di miglioramento con intervento chirurgico. Gli specialisti intervenuti hanno riconosciuto un quadro di stabilità dal punto di vista somatico e un quadro migliorato dal lato psichiatrico. Era difficile dire a partire da quando il quadro psichico fosse migliorato; stanti le prese a carico precedenti e l'assenza di una terapia psicofarmacologica, il SAM ha ritenuto che la capacità lavorativa totale dal lato psichiatrico era sicuramente presente da almeno sei mesi prima della valutazione della dr.ssa _____, ossia dal 7 maggio 2015 in poi. Sulla scorta di questa perizia pluridisciplinare, l'8 marzo 2016 (doc. 175) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, attivo presso il Servizio Medico Regionale, nel rapporto finale SMR ha confermato le diagnosi stabilite dagli esperti del Servizio Accertamento Medico, così come i gradi di incapacità lavorativa (100% dal novembre 2001 in qualsiasi attività, 50% dal maggio 2015 in attività adeguate intesa come riduzione del rendimento fermo

restando determinate limitazioni funzionali), osservando che il miglioramento della patologia psichiatrica anamnestico era avvenuto almeno sei mesi prima della valutazione della dr.ssa _____ del novembre 2015. Non era infatti più presente l'importante sindrome depressiva che era stata diagnosticata nel gennaio 2002 presso la Clinica di riabilitazione di _____. Nelle sue osservazioni, il dr. med. _____ ha affermato: " All'epoca della decisione del maggio 2003, per comorbidità: somatica + psichiatrica (depressione) + sindrome non oggettivabile (fibromialgia/somatoforme) avevamo giudicato IL 100% in qualsiasi attività. Parallelamente, mediante inchiesta casalinghe avevamo stabilito limitazione 67% nei lavori domestici. Ora viene a cadere completamente la patologia psichiatrica Permane la patologia non oggettivabile e la limitazione somatica. Per il livello salariata abbiamo definito il limite dal punto di vista esclusivamente somatico. Per il livello casalinga dobbiamo aggiornare l'inchiesta e verificare se siano mutate le condizioni abitative e gli aiuti." Il medico SMR ha concluso che le terapie raccomandate nella perizia erano solo proponibili, ma non esigibili e che la componente di dolori non oggettivabile lasciava dubbi sull'esito effettivo di qualsiasi intervento invasivo. Per la parte psichiatrica, non essendovi patologia invalidante, non era necessario diffidare a particolari terapie. Il 19 ottobre 2016 un'assistente sociale ha quindi valutato le capacità dell'assicurata nello svolgimento di mansioni consuete. Il dr. med. _____ dell'SMR, FMH psichiatria e psicoterapia, l'8 novembre 2016 (doc. 179) ha affermato che l'inchiesta a domicilio era completa ed esaustiva e pienamente condivisibile dal lato medico-psichiatrico (limitazione del 34%). Il 2 dicembre 2016 il dr. med. _____, medico curante dell'assicurata, ha trasmesso all'Ufficio AI la lettera di uscita del 23 marzo 2016 (doc. 184) relativa alla consultazione avuta presso la Clinica di riabilitazione di _____ due giorni prima. Il dr. med. _____ aveva in sostanza posto come diagnosi principali: 1. dolore e limitazioni alla spalla sinistra su problematica della cuffia dei rotatori con segni per impingement; 2. Disturbi di deambulazione a sinistra con dolore e limitazione funzionale del ginocchio sinistro; 3. Brachialgia sinistra; 4. Cervico-dorsalgia su disturbo di postura e componente miofasciale; 5. Lombalgia cronica su disturbo di postura e insufficienza del corsetto muscolare; 6. Dolore cronico con fibromialgia. Quali diagnosi secondarie: 7. Sindrome ansioso-depressiva con attacchi di panico; 8. Intolleranze alimentari multiple; 9. Allergia alla penicillina e ai derivati di Dafalgan. Dall'esame oggettivo è emersa una deambulazione con zoppia a sinistra, un'importante sindrome miofasciale del cingolo omero-scapolare bilateralmente, mobilità della spalla sinistra attiva con elevazione di 90°, abduzione 80° con ritmo scapolo-dorsale patologico e dolore a fine movimento; segni per impingement positivi. Mobilità del ginocchio sinistro molto limitata con flessione a 70° e deficit di estensione di 20° con dolori a fine movimento. Deficit di estensione attiva del ginocchio sinistro per forti dolori in zona anteriore. Passaggi posturali in autonomia, l'assicurata si svestiva nella parte superiore con fatica. Nella sua valutazione lo specialista ha indicato che si trattava di una sintomatologia complessa e multidistrettuale con due problemi locali e un quadro di sindrome fibromialgica diffusa. Da una parte l'assicurata presentava un'importante sindrome miofasciale del cingolo omero-scapolare di sinistra, associato a dei segni di impingement della spalla sinistra. Dall'altra parte l'interessata presentava un disturbo della deambulazione con la gamba sinistra in esiti di intervento per tumore gigantomucinoso e caduta nel 2012 con dei disturbi persistenti dopo questa caduta e delle nette limitazioni della mobilità articolare del ginocchio sinistro, associato a un'importante amiotrofia dei quadricipiti bilateralmente. All'assicurata è stata proposta una riabilitazione interdisciplinare focalizzata a un miglioramento della funzionalità dell'arto

superiore sinistro e della deambulazione associata a un programma con una componente psicosomatica con dei colloqui con uno psicologo e uno psichiatra. A seguito della degenza dal 12 maggio all'8 giugno 2016 presso la medesima Clinica, è stata redatta la lettera di uscita del 6 luglio 2016 in cui le diagnosi poste sono state essenzialmente le medesime – quali diagnosi secondarie sono state aggiunte l'obesità classe I, gli acufeni e vertigini ricorrenti di natura da definire e il disturbo ansioso -, così come le constatazioni oggettive. Dato seguito al progetto riabilitativo e stante un decorso senza complicanze maggiori, alla dimissione la paziente presentava condizioni cliniche generali stabili, soggettivamente era contenta dei risultati ottenuti, soprattutto del miglioramento della mobilità del braccio destro, dell'aumento della forza degli arti inferiori e del recupero della resistenza globale allo sforzo. In generale si muoveva meglio e i dolori generalizzati erano leggermente diminuiti. Per contro, la sintomatologia e la mobilità del ginocchio sinistro erano invariate. Oggettivamente era migliorata la mobilità della spalla (elevazione ed abduzione attiva 130°) e la fluidità nei movimenti, mentre quella del ginocchio sinistro era rimasta invariata. Pronunciatosi sulla prima lettera di uscita dalla Clinica, il 27 febbraio 2017 (doc. 196) il dr. med. _____ dell'SMR ha ritenuto che la stessa non modificava sostanzialmente né il rapporto finale dell'8 marzo 2016, né il contenuto dell'inchiesta domiciliare e neppure la conferma dell'8 novembre 2016. L'Ufficio AI ha quindi fatto proprie le conclusioni del medico SMR per emettere il progetto di decisione del 27 giugno 2017 (doc. 200), con cui ha stabilito che la limitazione del 100% come salariata portava a un grado di invalidità parziale del 15% e che la limitazione del 34% come casalinga comportava un'invalidità parziale del 28,90%, per un'invalidità complessiva del 44%. L'assicurata ha formulato il 10 luglio 2017 (doc. 203) delle osservazioni a questo progetto, contestando che il suo stato di salute fosse migliorato per il solo fatto che era in grado di cucinare o di fare piccole mansioni in casa, tanto che doveva fare capo a terze persone, oltre che al marito, per svolgere i lavori più pesanti. Ha prodotto un referto del pronto soccorso che attestava che il 5 giugno 2017 il ginocchio sinistro ha subito un trauma contusivo, presentava algie e importante tumefazione in regione mediale, abrasione in regione rotulea 2x2cm, non deficit neurovascolari. Il referto del 4 luglio 2017 (doc. 205) reso dal chirurgo ortopedico dr. med. _____ indicava che v'era stato un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa nella parte posteriore della coscia e della gamba e che poiché il quadro clinico non era eccellente la paziente necessitava ancora di rimanere in inabilità lavorativa, anche se il ginocchio appariva stabile in stress varo-valgo. Nel suo successivo rapporto del 7 agosto 2017 (doc. 210) raccolto dall'Ufficio AI, lo specialista ha indicato che l'interessata stava effettuando fisiokinesiterapia con un buon recupero della funzionalità residua e una netta diminuzione della sintomatologia dolorosa, consigliandole di proseguire con questa terapia stante la persistenza di dolore a livello della parte muscolare flessoria della gamba. Analizzati i referti medici del 5 giugno, del 4 luglio 2017 e del 7 agosto 2017, il 3 ottobre 2017 (doc. 211) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha affermato che quest'ultimo non conteneva alcuna informazione di carattere clinico-funzionale utile a una corretta valutazione dello stato attuale. Pertanto, ha ritenuto opportuno convocare l'assicurata presso l'SMR per una valutazione clinica dello stato funzionale attuale. Durante la visita dell'11 ottobre 2017 durata dalle 9.30 alle 12, il medico ha esposto l'anamnesi con i disturbi soggettivi, la terapia farmacologica in atto e lo status, con particolare riferimento alla marcia, al mantenimento della posizione eretta, alle condizioni del ginocchio sinistro, che presentava un deficit di estensione di 40°, non modificabile, e un deficit di flessione pari a 65°. La diagnosi posta era di deficit importante e permanente di flesso-estensione a carico

del ginocchio sinistro con dolore evocabile ai movimenti e al carico su/con: trauma diretto da caduta in giugno 2017; contrattura con deficit funzionale al ginocchio in stato dopo PTG nel 1990 per tumore gigante-cellulare di grado II, nonché reintervento nel 1993 per revisione protesi e sostituzione del trapianto osseo del cemento a seguito di instabilità. Il dr. med. _____ ha quindi potuto rilevare la persistenza dell'importante deficit di flessione-estensione a carico del ginocchio sinistro nonché la perdita di forza e di resistenza muscolare che, in ultima analisi, inficiava la deambulazione e la stabilità posturale alla luce anche della pressoché totale perdita di massa muscolare a carico della muscolatura della coscia e in particolare del quadricipite femorale, perdita che trovava la sua espressione massima nel vasto mediale, praticamente assente. Il medico ha rilevato che l'assicurata si era sottoposta a numerosi cicli di fisioterapia sia in ambito ambulatoriale che stazionario ottenendo dei risultati soltanto parziali che, considerando gli oltre 20 anni di decorso, non avevano margine di miglioramento. Lo stato clinico generale era stabile rispetto alle altre limitazioni note e valutate in ambito peritale SAM. Pertanto, il dottor _____ ha confermato l'incapacità lavorativa completa in attività abituale da novembre 2001 e continua; l'incapacità lavorativa completa in attività adeguata da novembre 2001 ad aprile 2015; del 50% intesa come riduzione del rendimento da maggio 2015 al 4 giugno 2017; l'incapacità lavorativa completa dal 5 giugno al 4 luglio 2017 e infine nuovamente del 50% dal 5 luglio 2017 in poi. Come casalinga l'incapacità era del 30% per gli stessi periodi. Basandosi su queste conclusioni, con decisione del 27 ottobre 2017 (doc. A2) l'Ufficio AI ha ritenuto l'assicurata inabile al 100% dal novembre 2001 in qualsiasi attività, dal maggio 2015 inabile al 50% in attività adeguate e, sempre da quel momento, al 30% come casalinga, intese come riduzione del rendimento. Con il ricorso del 20 novembre 2017 l'assicurata ha preannunciato al TCA che avrebbe trasmesso un certificato dello psichiatra curante. Nel referto del 13 dicembre 2017 (doc. A4) il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha precisato di avere in cura l'assicurata dal

E. 22

novembre 2017. Esposta l'anamnesi con particolare attenzione agli aspetti psichici di cui si sono occupati altri colleghi, lo specialista ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di entità media (ICD-10; F33.1) e di sindrome da attacchi di panico (ICD-10; F41.0). Dopo due colloqui lo psichiatra ha osservato che l'assicurata ha vissuto una vita fatta di stenti e di difficoltà e all'interno di una vulnerabilità genetica per la depressione. Questi fattori di rischio hanno creato l'insorgenza di episodi depressivi già durante il periodo giovanile, tanto che già nel 1992 è stata messa al beneficio di una rendita di invalidità. I disturbi depressivi e gli attacchi di panico sono continuati anche negli anni successivi, tanto che è stata in cura da diversi psichiatri. Egli ha concluso affermando che "la conoscenza della Signora RI 1 è ancora agli inizi, ma emergerebbero gli elementi per confermare la sindrome depressiva ricorrente, di entità media e i disturbi di attacco di panico, che sicuramente non le permettono di poter rientrare nel mondo del lavoro.". Nelle more istruttorie l'Ufficio AI ha reinterpellato il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia del Servizio Medico Regionale, il quale il 18 dicembre 2017 (doc. VIII/1) si è così pronunciato: "Ho preso attenta nozione del complesso della documentazione in dossier, inclusa la perizia pluridisciplinare restituita il 04.03.2016. Non è presente alcuna affezione psichiatrica in atto e questo fino al momento della decisione del 27.10.2017. Correttamente il Dr. _____, che ha visitato l'assicurata il 11.10.2017, non riporta alcuna diagnosi psichiatrica con o senza influo sulla capacità lavorativa nel rapporto SMR finale del 25.10.2017. Nozione di patologia psichica con eventuale influo sulla capacità

lavorativa si ha attualmente solo con la lettura del rapporto del Dr. _____ che ha in cura l'assicurata dal 22.11.2017. Fino alla data della decisione impugnata, 27.10.2017, non vi è dunque nozione di psicopatologia eventualmente invalidante. Rimangono valide le precedenti prese di posizione SMR.". Pendente causa la ricorrente ha prodotto il certificato medico del 1° marzo 2018 (doc. A6) del curante dr. med. _____, FMH medicina interna generale, il quale ha indicato che l'assicurata è affetta da tiroidite e gastrite autoimmune così pure da una osteoporosi severa. Quest'ultima affezione comporta l'assunzione di un trattamento combinato con calcio e vitamina D a vita e con bifosfonato a tempo indeterminato. Il rapporto medico del 15 marzo 2018 (doc. A5) steso dal dr. med. _____ riprende per intero il suo precedente referto, tanto nell'anamnesi quanto nella diagnosi e nella valutazione. Poi completa quest'ultimo paragrafo come segue: " (...) Dal punto di vista psichiatrico la presa a carico della Signora RI 1, è iniziata il 22 di Novembre del 2017 ed è tutt'ora in corso. La valutazione psichiatrica ha messo in evidenza la presenza di una sindrome depressiva ricorrente e disturbi di attacco di panico, che non le permettono di poter rientrare nel mondo del lavoro. L'inabilità lavorativa in ogni attività lavorativa è del 100%. Come casalinga nelle attività di pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro e controllo presenta un impedimento che tocca il 50%, così come anche nella preparazione dei pasti, pulizia della cucina. Per quanto riguarda la pulizia dei pavimenti, dei vetri e rifare i letti il suo impedimento è maggiore, arrivando ad una percentuale di almeno l'80%. In relazione alla gestione dell'economia domestica quale acquisti spese, relazioni con enti ufficiali e assicurazioni, la sua incapacità è almeno del 50/60%, così come anche per i lavori un po' più impegnativi quale stirare, cucire stendere e lavorare l'inabilità lavorativa tocca almeno il 60/70%. Pertanto l'inabilità lavorativa come casalinga è da rivedere, toccando una percentuale almeno attorno al 55/60%.". Il dottor _____ ha preso atto di questa nuova documentazione medica il 26 marzo 2018 (doc. XIV/1), affermando che quanto trasmesso dal dr. med. _____ non presentava nuove informazioni dal profilo somatico, mentre il referto del collega _____ conferma che la prima nozione di affezione psichica risale al 22 novembre 2017. Pertanto, lo psichiatra ha confermato le prese di posizione SMR fino alla data della decisione impugnata (27 ottobre 2017).

2.9. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01

e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). 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 di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del

E. 24

agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière

générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla

malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.10. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF 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). (...)". Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella

STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due recenti sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la

concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). 2.11. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione. Con la revisione del 2014 l'Ufficio AI ha debitamente interpellato i medici curanti dell'assicurata e ha trasmesso i nuovi referti medici raccolti al Servizio Medico Regionale, il quale ha ritenuto necessario, al fine di aggiornare la situazione, sottoporre la ricorrente a una nuova perizia specialistica in ambito psichiatrico, reumatologico, neurologico e cardiologico, compito che è stato affidato al Servizio Accertamento Medico. Inoltre, a seguito della caduta del 5 giugno 2017, il dr. med. _____ dell'SMR ha convocato l'assicurata per una visita diretta e in quell'occasione ha potuto confermare le conclusioni a cui erano giunti i periti del SAM. Il TCA evidenzia innanzitutto che, nel caso in esame, la valutazione medica delle condizioni di salute della ricorrente ha un'influenza unicamente sulla sua condizione di casalinga, e meglio sulla sua capacità ad esercitare le mansioni consuete. Per contro, l'abilità lavorativa dell'interessata a svolgere un'attività lucrativa non ha alcuna importanza, giacché il 22 giugno 2017 (doc. 199) il consulente in integrazione si è così pronunciato sulla possibilità per l'assicurata di lavorare ancora: " (...) rimango scettico sull'esigibilità pratica e oggettiva del 15% di CL ipotetica. Se è vero che in linea puramente teorica ci troviamo di fronte una persona che potrebbe verosimilmente sfruttare alcune risorse residue dobbiamo altresì considerare che l'A.ta 56enne è assente dal mercato libero del lavoro da 26 anni, che prima di ciò ha esercitato la professione di ausiliaria di pulizie per un solo anno, nel 1989, e in misura ridotta – professione nella quale è ora considerata inabile al 100%.". Pertanto, ritenendo molto difficile che l'assicurata potesse realisticamente ristabilire la sua capacità di guadagno, l'ha quindi ritenuta non reintegrabile per la quota parte salariata del 15%. L'Ufficio AI ha di conseguenza semplicemente considerato nella decisione impugnata una limitazione medica del 100% per la quota parte salariata. Questa soluzione, peraltro non contestata dall'insorgente, va confermata dal TCA. La ricorrente ha invece criticato che il suo stato di salute sia migliorato, sia alla luce della caduta del 5 giugno 2017 in cui ha urtato il già malandato ginocchio sia dell'ansia, degli attacchi di panico e della tachicardia che necessitano di un supporto specialistico nella persona del dr. med. _____. Per quanto concerne l'aspetto somatico, i periti del Servizio Accertamento Medico hanno avuto modo di esaminare l'assicurata mediante esami di laboratorio, radiologici, neurologici, cardiologici e clinici. Essi si sono basati sulla documentazione medica risalente alla prima attribuzione di una rendita di invalidità fino ad arrivare ai giorni in cui hanno valutato di persona la ricorrente. Dall'esame diretto dell'interessata è emerso un deficit funzionale del ginocchio sinistro dovuto al tumore gigantomucinoso di grado II che è stato asportato nel 1990 e sostituito dall'impianto di una protesi, una periartropatia omeroscapolare tendinopatica alla spalla sinistra nel contesto di una fibromialgia di tipo primario e una sindrome del tunnel carpale bilaterale. Sostanzialmente, l'assicurata risultava limitata

prevalentemente dalla patologia al ginocchio sinistro che le impediva una deambulazione corretta, di salire e scendere le scale e di potersi inginocchiare con il ginocchio sinistro. Dal profilo neurologico, l'impedimento maggiore era dovuto alla sindrome del tunnel carpale, che comunque poteva essere facilmente risolto con un intervento di decompressione chirurgica. La lesione postoperatoria del nervo peroneo sinistro influiva sulla capacità lavorativa, comportando una persistenza di disestesie sul dorso del piede. Nessuna patologia cardiologica è stata rilevata dallo specialista. In merito ai disturbi al ginocchio, che secondo la ricorrente sono peggiorati nel giugno 2017 con la caduta, va qui rilevato che essi sono stati esaminati nel dettaglio e compiutamente dal perito reumatologo nell'autunno 2015. Il dr. med. _____ ha riconosciuto che il deficit funzionale al ginocchio limitava l'assicurata nello svolgere attività lucrative in ragione del 50%, mentre in attività consuete al 20%. La caduta accidentale del 5 giugno 2017 è stata oggetto di alcuni referti del dr. med. _____, che ha avuto modo di visitarla pochi giorni dopo l'evento consigliandole di attendere qualsiasi tipo di manipolazione o trattamento fisioterapico per un mese ed in effetti, poi, v'è stato un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa e il ginocchio risultava stabile in stress varo-valgo, con possibilità di proseguire con la fisiokinesiterapia. Nell'ultimo controllo del 7 agosto 2017 è stato rilevato un buon recupero della funzionalità residua e una netta diminuzione della sintomatologia dolorosa, presente però ancora a livello della parte muscolare flessoria della gamba, circostanza che ha portato il chirurgo ortopedico a consigliare alla paziente di ancora proseguire con la fisiokinesiterapia. Contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, da questo ultimo rapporto non emerge dunque una situazione peggiore rispetto a quella valutata dal perito reumatologo quasi due anni prima. Inoltre, l'esame diretto che il dr. med. _____ dell'SMR ha effettuato l'11 ottobre 2017 proprio per definire gli aspetti valetudinari dell'interessata dopo il trauma del giugno 2017, non ha individuato una situazione peggiore di quella attestata dai periti del SAM nel rapporto del 3 marzo 2016, fatto salvo il periodo di inabilità lavorativa totale dal 5 giugno 2017 al 4 luglio 2017. Il medico del Servizio Medico Regionale ha infatti rilevato una situazione clinica generale stabile rispetto alle altre limitazioni note e già valutate dal SAM, osservando che in oltre venti anni i numerosi cicli di fisioterapia di cui l'assicurata ha beneficiato hanno portato a risultati soltanto parziali che non hanno un margine di miglioramento. Pertanto, egli ha confermato i gradi di incapacità lavorativa già stabiliti nel 2016. Di conseguenza, d'avviso della scrivente Corte, anche la più recente valutazione effettuata dal Servizio Medico Regionale deve essere avallata, siccome ha potuto esaminare clinicamente l'assicurata durante tre ore e mezzo, ha considerato tutti gli aspetti clinici presenti e ha tenuto conto degli ultimi referti del curante concernenti la caduta. D'altronde, lo stesso dr. _____, a due mesi di distanza dal trauma, non ha più riscontrato particolari disturbi al ginocchio sinistro dell'interessata, se non quelli già conosciuti da oltre venti anni a causa del tumore. Per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, va qui rilevato che con il ricorso, datato 20 novembre 2017, l'assicurata ha affermato che avrebbe prodotto "un certificato del Dr. Med. _____, presso il cui studio essa è in cura." (doc. I). Tuttavia, nel suo referto del 13 dicembre 2017 prodotto pendente causa, lo psichiatra ha indicato che l'assicurata è "afferita al mio studio per la prima volta il 22 novembre del 2017." (doc. A4) e ha riconfermato questa data anche nel seguente rapporto del 15 marzo 2018 (doc. A5). Al riguardo va rilevato che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; STFA U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurata intervenuto in epoca

posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007). La scrivente Corte non si può quindi qui esimere dall'evidenziare che, al momento in cui è stato introdotto il ricorso rispettivamente in cui è stata presa la decisione impugnata, l'assicurata non era ancora, in realtà, in cura da uno specialista. Questa circostanza, peraltro, è ben emersa dal rapporto peritale della dr.ssa med. _____, che ha indicato che in passato la ricorrente era stata seguita da psichiatri, ma che dall'aprile 2014 beneficiava di colloqui con una psicoterapeuta, prima a cadenza settimanale e poi ogni 15-20 giorni. Inoltre, da molti anni non ha più assunto farmaci psichiatrici, ma ha potuto giovare di terapie con piante e altre tecniche psicologiche anche tipo rilassamento. La stessa psichiatra del SAM aveva individuato, dopo avere valutato di persona la ricorrente in due occasioni per un totale di 90 minuti e ciò anche alla luce di tutti i referti dei medici curanti che sono stati messi a sua disposizione e che l'esperta ha minuziosamente esposto nel suo rapporto peritale dell'11 dicembre 2015, una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10; F41.2) e una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10; F45.4). Tuttavia, a suo dire, queste patologie non risultavano avere una ripercussione sulla capacità lavorativa, apparendo il quadro espressivo della sindrome mista dall'esordio a oggi migliorato nell'espressività tanto da non dovere più assumere farmaci psichiatrici. Non risultavano inoltre positivi i criteri di Förster riferiti a un'eventuale comorbidità psichiatrica di rilievo, né si registrava una regressione del funzionamento e del ritiro sociale. Non erano stati evidenziati nemmeno elementi compatibili con un franco episodio depressivo né era mai stato certificato da altri in precedenza. Va pure evidenziato che neppure gli altri periti del SAM nel 2015 e il medico SMR nell'ottobre 2017, seppure non specialisti in materia, hanno segnalato delle patologie psichiatriche a danno dell'assicurata. Il dottor _____ che in entrambe le occasioni in cui è intervenuto ha esposto l'anamnesi e la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di entità media (ICD-10; F33.1) e di sindrome da attacchi di panico (ICD-10; F41.0), ha evidenziato che il vissuto dell'assicurata ha creato l'insorgenza di episodi depressivi già in giovane età e che i disturbi depressivi e gli attacchi di panico sono continuati anche negli anni seguenti, tanto da dovere essere seguita da diversi psichiatri. Come visto, questa circostanza è stata riconosciuta anche dalla perita, la quale ha però evidenziato che da anni non v'era più la necessità di un supporto specialistico e nemmeno di tipo farmacologico, limitandosi l'interessata a dei colloqui con una psicoterapeuta e ad assumere (solo) fito e non più psicofarmaci. Questi colloqui sono poi terminati nell'aprile 2016 (doc. 177). Se è vero che la valutazione della dr.ssa med. _____ risale a fine 2015 e quella del dr. med. _____ a fine 2017, va qui osservato che, nei due anni che separano queste due valutazioni specialistiche, non ve ne sono altre di tenore simile. In altre parole, le affermazioni della ricorrente di soffrire di ansia, attacchi di panico e tachicardia non sono corroborate da referti medici resi da psichiatri nel lasso di tempo intercorrente fra gli altri due appena menzionati. Se ne deduce che, se dati, i disturbi psichici lamentati con il ricorso sono semmai sopraggiunti solo dopo l'emanazione della decisione impugnata e quindi, come tali, sono ininfluenti per la soluzione della controversia in esame, che ha come oggetto la decisione del 27 ottobre 2017. Alla luce di queste considerazioni vanno dunque confermate le conclusioni mediche a cui è giunto il Servizio Accertamento Medico il 3 marzo 2016 e che sono state corroborate l'11 ottobre 2017 dal Servizio Medico Regionale dopo valutazione diretta. A loro volta, sono state in seguito ribadite in due occasioni pendente causa dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, anche dopo esame della più recente documentazione

medica prodotta dalla ricorrente. I gradi di inabilità lavorativa così determinati vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di ausiliaria di pulizie quanto in attività adeguate e pure come casalinga. Dalla documentazione agli atti emerge pertanto che lo stato di salute della ricorrente era migliorato dal maggio 2015, nel senso che era possibile ritenerla abile al 50% in attività adeguate e al 70% come casalinga, fermo restando il mese di inabilità lavorativa totale a causa del trauma al ginocchio sinistro. 2.12.

Riconosciuto quindi il valore invalidante delle affezioni reumatologiche e neurologiche di cui soffre la ricorrente, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito e se essa ha ancora diritto a una rendita. L'interessata pretende infatti il riconoscimento di una rendita intera come in passato e quindi l'annullamento della decisione di riduzione del grado di invalidità, portato dal 71% al 44%, con conseguente attribuzione di un quarto di rendita. Nel caso di specie, al fine di stabilire il grado di invalidità, l'amministrazione ha considerato l'assicurata salariata al 15% (1,5 ore al giorno rispettivamente 6 ore e mezza alla settimana su 44 ore settimanali presso la ditta in cui era impiegata come ausiliaria di pulizie nel 1989, doc. 18) ed esercitante mansioni consuete all'85% perciò, sin dal 1991 così come confermato dal TCA il 21 novembre 1991 (doc. 20), ha applicato il metodo misto di calcolo (doc. A2). Sebbene l'attività lucrativa svolta dalla ricorrente si sia protratta soltanto da metà 1987 a fine 1989 (docc. 4 e 5) e per poche ore alla settimana, essa determina comunque la suddivisione del tempo – antecedente la sopravvenienza del danno alla salute - così come effettuata dall'Ufficio AI, che va dunque confermata. Quanto all'utilizzazione del metodo misto, considerato che nella fattispecie concreta si tratta di statuire su una decisione con la quale è stato ridotto il diritto a una rendita, non trattandosi quindi di una costellazione come quella descritta nelle DTF 143 I 50 e DTF 143 I 60, in virtù della suesposta giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.4) nulla osta qui alla sua applicazione (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017 consid. 2.7). 2.13 Grado d'invalidità per la parte lucrativa Per calcolare il grado d'invalidità l'Ufficio AI è partito dalle conclusioni tratte dal consulente in integrazione professionale, secondo cui, come visto (cfr. consid. 2.11), l'assicurata non era più reintegrabile nel mondo del lavoro, perciò non c'è stato bisogno di calcolare, come da prassi secondo l'art. 16 LPGGA, la perdita di guadagno paragonando i redditi da valida e da invalida dell'assicurata. In altre parole, la valutazione medico-teorica della capacità lavorativa della ricorrente (inabile al 50% in qualsiasi attività) è stata superata dalla impossibilità totale concreta di esercitare un'attività lucrativa nel mercato libero del lavoro. Tale modo di procedere è corretto e va dunque ritenuta una limitazione del 100% per la quota parte salariata del 15%, che dà di conseguenza un grado di invalidità parziale del 15% ($15\% \times 100\%$). 2.14. Grado d'invalidità per la parte casalinga In applicazione del cosiddetto metodo misto, visto che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica è stabilita confrontando le singole attività nell'economia domestica ancora accessibili al richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana, l'invalidità dell'assicurata è da stabilire seguendo questo metodo e secondo le regole stabilite dalla prassi amministrativa. Con il ricorso l'assicurata ha evidenziato che, a causa della difficoltà ad utilizzare le mani correttamente mancandole la forza e quindi essendo impedita nel sollevare la pentola piena d'acqua da portare a ebollizione per cucinare oppure una teglia da mettere in forno o ancora aprire i vasetti e le bottiglie, così come non potendo stare sempre seduta per evitare che la gamba sinistra le si addormentasse, rimaneva inabile nella preparazione dei pasti e della pulizia della cucina in ragione di almeno il 60% in luogo del 20% stabilito dall'assistente sociale, limitandosi infatti soltanto a pulire il piano cottura

e a mettere le stoviglie nella lavastoviglie. Tutte le altre attività di pulizia venivano svolte o dalla figlia o dall'aiuto domestico a cui faceva capo un paio di ore alla settimana. Per il rispolvero, la pulizia dei pavimenti e dei vetri così come nel rifare i letti, il suo impedimento era invece totale in luogo del 60% stabilito dall'inchiesta domiciliare. L'assenza della forza necessaria e i dolori provocati dai diversi movimenti la bloccavano in tutte queste attività, che venivano svolte dai familiari o, in via eccezionale, dall'aiuto domestico. Per gli stessi motivi, non essendo in grado né di sollevare pesi né di spingere il carrello insorgendo dolori alla schiena a causa della fibromialgia acuta che le impediva di reggersi in piedi correttamente, la limitazione nella spesa e negli acquisti, nei pagamenti e nelle trattative con le assicurazioni, andava stabilito in almeno il 60% anziché nel 30%. Queste ultime attività, stante lo stato d'ansia e di panico, venivano svolte dal marito. Infine, anche per lavare, stendere, stirare, cucire e lavorare a maglia sarebbe stato fissato un impedimento troppo esiguo (50%), dovendo essere invece ritenuto almeno del 90%. Era il marito a riempire la lavatrice, mentre la biancheria veniva stesa dalla figlia e/o dal marito; dello stiro si occupava per contro l'aiuto domestico. L'assicurata non poteva cucire, poiché dopo pochi minuti la sensibilità nei polpastrelli svaniva e le mani diventavano rigide. Di conseguenza, a suo dire il grado di invalidità parziale come casalinga doveva essere fissato nel 71%. L'Ufficio AI, per stabilire la capacità dell'assicurata quale casalinga, ha fatto esperire un'inchiesta domiciliare il 19 ottobre 2016 e, sulla base degli accertamenti rilevati presso il domicilio dell'interessata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione domestica, nel rapporto del giorno seguente (doc. 177) l'assistente sociale ha stabilito una limitazione totale del 34%.

2.15. Va qui ricordato che nella Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore valido dal 1° gennaio 2015, stato 1° gennaio 2015 nella versione in italiano – i NN. 3081-3090 concernenti gli assicurati occupati nell'economia domestica sono stati modificati, come visto, dal 1° gennaio 2018, ma non sono qui applicabili siccome l'inchiesta domiciliare è avvenuta nel 2016 -, secondo il N. 3083 CIGI l'ufficio AI rileva il grado d'invalidità con un accertamento sul posto. Il funzionario incaricato indica le attività che l'assicurato non può più esercitare e quelle nelle quali è notevolmente impedito e da quando. Fornisce indicazioni sul grado delle limitazioni dovute all'invalidità e su un eventuale maggiore dispendio di tempo (quest'ultimo va preso in considerazione se non è già stato incluso nell'ambito della soppressione di un ambito d'attività). Valuta anche in che misura la persona beneficia dell'aiuto di terzi (familiari, vicini, personale ausiliario) per compiere le sue attività (DTF 130 V 97). Il N. 3084 CIGI specifica che per mansioni consuete nell'economia domestica si intendono in generale le attività riportate al N. 3086. 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. Al riguardo, il N. 3086 prevede che: " 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)	22	55
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	20
4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici)	5	10
5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe)	5	20
6. Accudire i figli o altri familiari	0	30
7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali)		

domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)* 0 50 * Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)". Mentre ai NN. 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 da parte 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 Tribunale federale delle assicurazioni, nella sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al considerando 4.1 della STF 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013), ha confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità giusta l'art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (RCC 1989 pag. 131 consid. 5b, 1984 pag. 144 consid. 5). L'Alta Corte ha inoltre precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (STF 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013; STF 8C_843/2011 del 29 maggio 2012; AHI-Praxis 2001 pag. 161 consid. 3c), ritenuto tuttavia che una presa di posizione da parte

di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta – strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica – è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA I 681/02 dell' 11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003). Nella già citata DTF 128 V 93, a proposito del valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'Ufficio AI, il TFA ha rilevato quanto segue: “ (...) 4. Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Betreuungsaufwandes. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatteerin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Obwohl von zentraler Bedeutung für die Beurteilung des Anspruchs auf Beiträge an die Hauspflege und im Hinblick auf die Beweiswürdigung regelmässig zumindest wünschenswert, besteht an sich keine strikte Verpflichtung, die an Ort und Stelle erfassten Angaben der versicherten Person (oder ihrem gesetzlichen Vertreter) zur Durchsicht und Bestätigung vorzulegen. Nach Art. 73bis Abs. 1 IVV genügt es, wenn ihr im Rahmen des Anhörungsverfahrens das volle Akteneinsichtsrecht gewährt und ihr Gelegenheit gegeben wird, sich zu den Ergebnissen der Abklärung zu äussern (vgl. -generell- BGE 125 V 404 Erw. 3, bei Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01).(…)”. Con riferimento agli assicurati che sono portatori di affezioni psichiche, nella sentenza 9C_201/2011 del 5 settembre 2011, parzialmente pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 19 pag. 86 e ripresa al N. 3083.1 CIGI, il Tribunale federale ha ribadito che, di massima, alla perizia specialistica in ambito psichiatrico occorre dare maggiore valenza rispetto all'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, giacché per l'assistente sociale è più difficile valutare le limitazioni derivanti dalla patologia psichica. 2.16. Nel caso concreto, nel rapporto del 20 ottobre 2016 l'assistente sociale ha accertato quanto segue: “ (...) 5. ATTIVITÀ - descrizione degli impedimenti dovuti all'invalidità 5.1 Conduzione dell'economia domestica pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo importanza assegnata 5% percentuale degli impedimenti 0% percentuale di invalidità 0% Non vengono indicati impedimenti. Medicalmente non vengono del resto rilevate patologie psichiatriche invalidanti. 5.2 Alimentazione preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve importanza assegnata 45% percentuale degli impedimenti 20 % percentuale di invalidità 9% L'assicurata riferisce di trovare molta soddisfazione nella preparazione dei pasti giornalieri. Questa è l'unica attività casalinga in cui si sente

autosufficiente. L'unico compito che sa di poter affrontare da sola dall'inizio fino alla fine. Sul ripiano di cucina, in bella vista, sono esposti vari macchinari, di cui la signora RI 1 si è dotata nel corso degli anni per mantenere integra la propria autonomia. Queste apparecchiature le consentono di impastare, affettare e frullare gli alimenti, evitando le operazioni più laboriose e prolungate con le mani e le braccia. Anche per aprire bottiglie e vasetti si è dotata di appositi utensili, non riuscendo ad esercitare molta forza con le mani. Sbucciare frutta e verdura le risulta ancora problematico e in assenza di ausili specifici suddivide tale attività su più momenti, in modo da non sollecitare oltremodo le mani. La signora RI 1 si impegna ad apparecchiare e sparcchiare la tavola, a caricare e scaricare la lavastoviglie e a riordinare giornalmente il piano di lavoro, attività che esegue al proprio ritmo, alternando i compiti a pause di riposo. Le pulizie a fondo del locale, aperto sul soggiorno, sono delegate da tempo a terze persone, oggi a marito e figlia, in ragione del complessivo stato di salute. Per quanto riferito, compatibile a mio avviso con le risultanze peritali, valuto in misura del 20% la percentuale di impedimento in questo ambito domestico, per gli impedimenti nell'affrontare compiti fisicamente impegnativi, come le pulizie a fondo del locale cucina. La collaborazione dei familiari è inoltre da ritenersi almeno in parte esigibile. 5.3 Pulizia dell'appartamento rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti, ecc importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 60% percentuale di invalidità 12% L'assicurata dichiara di limitarsi al rifacimento del letto matrimoniale (il cambio delle lenzuola è invece effettuato in collaborazione con il marito), allo spolvero ad altezza della mobilia, alla pulizia superficiale delle vaschette e al riordino giornaliero dei locali. La figlia _____ garantisce in sua vece la pulizia regolare dei pavimenti e dei bagni e collabora con il papà in occasione dei grandi lavori stagionali. Da un mese a questa parte l'assicurata ha dovuto rinunciare alla collaboratrice domestica, per difficoltà nel rinnovo del suo permesso di lavoro, ed è quindi costretta a rivolgersi all'aiuto di familiari per le attività di pulizia della casa più onerose e impegnative. Per quanto riferito, a mio avviso compatibile con le risultanze peritali e l'indicazione di inabilità completa nell'attività lucrativa precedentemente esercitata (donna delle pulizie), valuto in misura del 60% la percentuale di impedimento in questo ambito domestico. La collaborazione dei familiari è da ritenersi almeno in parte esigibile. 5.4 Spesa e acquisti diversi compresi pagamenti, trattative assicurazioni e rapporti ufficiali importanza assegnata 10% percentuale degli impedimenti 30% percentuale di invalidità 3% L'assicurata guida un veicolo automatico di cui si serve per recarsi anche ai negozi per le piccole necessità quotidiane, di peso contenuto. La spesa settimanale è invece eseguita il sabato in presenza e con la collaborazione del marito, che si fa in questo caso intero carico delle borse pesanti fin dentro casa. Insieme ripongono poi i vari articoli al loro posto. La signora RI 1 si fa accompagnare nei negozi dalle figlie o dalle sorelle, quando deve acquistare capi d'abbigliamento che vanno necessariamente provati. I familiari in questi casi l'aiutano nell'indossare e togliere i vestiti, per difficoltà di mobilitazione soprattutto del braccio sinistro. L'assicurata esce con piacere di casa e mantiene buone relazioni sociali, ma la sua autonomia di spostamento a piedi è piuttosto limitata (un'ora al massimo). La signora RI 1 cammina a piccoli passi e lentamente. La gestione burocratico-amministrativa è da tempo delegata interamente al marito. L'assicurata teme di dimenticare scadenze e appuntamenti. Per quanto riferito, compatibile a mio avviso con le risultanze peritali, valuto in misura del 30% la percentuale di impedimento in questo ambito domestico, per le limitazioni in particolare nel camminare su lunghi tratti e nel sollevare pesi. La collaborazione del marito alla spesa settimanale è da ritenersi esigibile. 5.5 Bucato,

confezione e riparazioni di indumenti lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia, ecc
importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 50% percentuale di invalidità
10% Grazie alla vicinanza del locale lavanderia ad uso esclusivo, collocato sullo stesso
piano dell'abitazione, l'assicurata si dice in grado di eseguire autonomamente il bucato
delle piccole cose, che inserisce di persona in lavatrice e asciugatrice. Può se del caso anche
appendere i panni sui fili che, grazie a un apposito meccanismo messo a punto dal marito, la
signora RI 1 può abbassare e rialzare al bisogno. Per togliere invece dalla lavatrice i capi
ingombranti e di peso l'assicurata ricorre all'aiuto dei familiari che poi li trasferiscono in
sua vece nell'asciugatrice o li stendono sui fili. Una volta asciutti i panni vengono per
quanto possibile semplicemente piegati e riposti negli armadi. L'attività di stiro le risulta
preclusa per il compromesso stato di entrambe le mani (l'assicurata è destrimane) ed è
pertanto affidato oggi interamente alla figlia _____ (in precedenza era delegato alla
collaboratrice domestica). Nessuna possibile ripresa dell'attività di ricamo, cui in passato la
signora RI 1 dedicava con passione e perizia. Per quanto riferito, a mio avviso compatibile
con le risultanze peritali, valuto in misura del 50% la percentuale di impedimento in questo
ambito domestico, per gli impedimenti in particolare nell'attività di stiro. La collaborazione
dei familiari al momento del bucato, per trasportare e stendere panni ingombranti e di peso,
è da considerarsi senz'altro esigibile. 5.6 Cura dei bambini e di altri membri della famiglia
Compresa educazione, attività comuni, compiti, ecc. importanza assegnata 0 % percentuale
degli impedimenti 0 % percentuale di invalidità 0% 5.7 Diversi cura delle piante,
giardinaggio, cura degli animali, attività di utilità pubblica, creazione artistica, impegno a
favore di terzi, volontariato importanza assegnata 0 % percentuale degli impedimenti 0 %
percentuale di invalidità 0% Non sono segnalate attività extra-domestiche. Valutazione
dell'assistente sociale totale delle attività 100% percentuale di invalidità 34% · Chi esegue i
lavori, che a causa della sua invalidità, l'assicurata non può svolgere personalmente
nell'economia domestica? Indicare il nome, l'indirizzo, il grado di parentela, genere dei
lavori delegati, ore di lavoro per settimana e salario orario versato Al momento, unicamente
marito e figlia.". Il dr. med. _____ dell'SMR, FMH psichiatria e psicoterapia, l'8
novembre 2016 (doc. 179) ha ritenuto completa, esaustiva e pienamente condivisibile dal
lato medico-psichiatrico l'inchiesta a domicilio. Il TCA evidenzia che, a seguito delle
osservazioni dell'assicurata del 10 luglio 2017 (doc. 203) al progetto di decisione, e meglio
al fatto che doveva affidarsi a terze persone per svolgere i lavori più pesanti e che a causa
del ginocchio doveva fare attenzione quando camminava, essa è stata oggetto di una
valutazione diretta da parte del Servizio Medico Regionale, che ha ribadito le conclusioni
tratte dai periti del Servizio Accertamento Medico (inabile al 30% come casalinga). Con il
ricorso, come visto, l'interessata ha contestato tutti i gradi di impedimento stabiliti
dall'assistente sociale, ritenendoli invece almeno pari al 60% per quasi ogni singola
mansione, e rilevando come la visita a domicilio, una soltanto, sia durata solo 45 minuti.
L'Ufficio AI ha sottoposto il caso nuovamente all'assistente sociale, la quale il 27
novembre 2017 (doc. IV/1) ha affermato quanto segue: " Il rapporto d'inchiesta del 20
ottobre 2016 è stato redatto sulla base delle informazioni fornite dalla signora RI 1 in
occasione dell'incontro a domicilio del 19 ottobre 2016 così come della documentazione
medica presente all'incarto, delle risultanze peritali (perizia pluridisciplinare pervenuta al
nostro ufficio il 4 marzo 2016) e dell'esigibilità della collaborazione da parte dei familiari,
conviventi, alle diverse mansioni domestiche. Le conclusioni dell'inchiesta domiciliare
sono state sottoposte anche al vaglio del servizio medico-regionale che le ha considerate
condivisibili dal profilo medico-psichiatrico (vd annotazione SMR dell'8.11.2016). La

documentazione presentata dall'assicurata e dai suoi medici curanti successivamente all'inchiesta domiciliare non è stata considerata dal Servizio Medico Regionale atta a modificarne i contenuti e di conseguenza il risultato. Con lo scritto del 20 novembre 2017 l'avv. RA 1 contesta la percentuale di impedimento attribuita alle diverse mansioni domestiche e descrive una situazione molto diversa rispetto a quella riferita dalla signora RI 1 in occasione dell'incontro a domicilio. La situazione descritta dalla signora RI 1 in occasione dell'inchiesta domiciliare, specie riguardo l'alimentazione e la pulizia dell'appartamento, trova però conferma nella perizia pluridisciplinare, in particolare al punto "descrizione della giornata" (a pag. 26), dove viene riferita dall'assicurata stessa una buona autonomia per quanto riguarda la preparazione dei pasti giornalieri e la necessità di ricorrere a terzi unicamente per le faccende domestiche pesanti. Nella "descrizione della giornata" viene pure riferita la capacità dell'assicurata di servirsi anche autonomamente dell'automobile con cambio automatico L'avv. RA 1 nella sua personale valutazione del grado di impedimento non tiene inoltre conto dell'esigibilità della collaborazione da parte del marito e della figlia alle diverse mansioni domestiche, in applicazione del marg 3089 CIGI. In assenza di elementi che possano permettermi una diversa valutazione del caso, confermo pertanto integralmente il contenuto e le conclusioni del mio rapporto d'inchiesta.". L'insorgente ha ribadito di contestare le conclusioni dell'inchiesta economica e che la determinazione delle diverse percentuali di impedimento sia frutto di un'interpretazione non corretta. Per esempio, in merito alla preparazione dei pasti, l'assicurata è sicura di avere riferito all'assistente sociale di potere unicamente agire da seduta e con operazioni che non richiedono più di pochi minuti. Inoltre, utilizzava l'automobile con cambio automatico avendo problemi con la gamba destra (recte : sinistra). Infine, l'interessata ricorreva sì all'aiuto dei familiari, ma il grado di impedimento stabilito non era comunque corretto, ritenuto altresì che essa doveva ricorrere pure a un aiuto domestico. 2.17. Alla luce delle spiegazioni date dall'ispettrice sui singoli impedimenti criticati dalla ricorrente rispettivamente dall'Ufficio AI sulle differenti dichiarazioni iniziali dell'assicurata e sull'aiuto dei suoi familiari onde potere ottemperare alle mansioni consuete fermo restando il suo obbligo di ridurre il danno, la valutazione dell'inchiesta domiciliare deve essere confermata dal TCA, non solo per quanto concerne le attività pesanti contestate dall'assicurata, ma anche per le altre mansioni domestiche. Va sottolineato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alle direttive (CIGI), attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Nel caso concreto non solo non vi sono motivi per ritenere manifestamente erroneo l'apprezzamento operato dall'assistente sociale che ha concluso in un grado di invalidità del 34%, ma esso viene in sostanza confermato dalla percentuale del 30% di incapacità lavorativa posta il 3 marzo 2016, ossia sette mesi prima dell'inchiesta domiciliare, dal medico del Servizio Medico Regionale _____, FMH psichiatria e psicoterapia, e in seguito confermata anche dal dr. med. _____, medico generalista, il 27 febbraio 2017, e poi ancora (implicitamente) da quest'ultimo con la valutazione personale dell'11 ottobre 2017. A sostegno della sua tesi, secondo cui gli impedimenti nelle mansioni casalinghe sarebbero di gran lunga superiori a quelli stabiliti dall'assistente sociale, la ricorrente ha prodotto al TCA il recente parere del dr. med. _____, psichiatra che l'ha in cura dal 22 novembre 2017. Il referto del 15 marzo 2018 (doc. A5) indica che come casalinga nelle attività di pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro e controllo l'assicurata presentava un impedimento che toccava il

50%, così come anche nella preparazione dei pasti e nella pulizia della cucina. Per quanto riguarda la pulizia dei pavimenti, dei vetri e rifare i letti il suo impedimento era maggiore, arrivando l'assicurata a una percentuale di almeno l'80%. In relazione alla gestione dell'economia domestica quale acquisti spese, relazioni con enti ufficiali e assicurazioni, l'incapacità era almeno del 50-60%, così come anche per i lavori un po' più impegnativi quale stirare, cucire stendere e lavorare l'invalidità lavorativa toccava almeno il 60-70%. Pertanto, l'invalidità lavorativa come casalinga toccava una percentuale complessiva almeno attorno al 55-60%. La scrivente Corte rileva, in primo luogo, che il parere dello psichiatra curante differisce dalle censure sollevate inizialmente dall'assicurata, laddove nel suo ricorso aveva preteso che nella pulizia della casa l'impedimento fosse addirittura del 100% e nel lavare, stendere e stirare del 90%. Secondo i periti che hanno esaminato le condizioni di salute dell'assicurata, la limitazione fisica era sostanzialmente circoscritta al ginocchio sinistro e al braccio sinistro, tanto che il reumatologo aveva indicato quali fossero i limiti funzionali correlati a un'attività adeguata: portare pesi fino a 5kg, rimanere seduta per 2 ore, stare in piedi cambiando appoggio e muovendosi per circa 2 ore, deambulare per massimo un'ora, limitazione nel camminare su terreni sconnessi o in salita e discesa e nel fare le scale, non alzare pesi sopra l'orizzontale con il braccio sinistro, non limitazione nell'utilizzo delle mani in attività manuali fini, né nell'utilizzo di attrezzi se non troppo pesanti, non fare forza con il braccio sinistro. Tenendo conto di queste limitazioni funzionali, la capacità lavorativa medico-teorica globale nell'attività di casalinga era stata giudicata essere del 70%. Alla luce di queste precisazioni, del fatto che la ricorrente dispone di un locale lavanderia a uso esclusivo con asciugatrice sul medesimo piano dell'appartamento in cui abita, che guidava un'automobile con cambio automatico e che poteva fare capo all'aiuto sia del marito sia della figlia, la quale, peraltro, al momento in cui è stata effettuata l'inchiesta domiciliare – e tale circostanza non è stata corretta in seguito – lavorava come donna delle pulizie presso privati, il TCA ritiene credibile che la ricorrente dovesse appoggiarsi a terzi solo per alcune attività pesanti, mentre tutte le altre mansioni casalinghe leggere, normali e consuete, erano escluse dai problemi legati al braccio e alla gamba sinistri dell'assicurata e quindi risultavano di regola medicalmente esigibili, senza alcun impedimento di sorta. Si poteva per esempio ritenere esigibile che l'assicurata riempisse e svuotasse la lavatrice e l'asciugatrice, così come in effetti avveniva, pretendendo l'aiuto di terzi soltanto per togliere i panni ingombranti e pesanti dalla lavatrice, mentre per il bucato delle piccole cose essa era in grado di stenderli autonomamente su dei fili mediante un apposito dispositivo. Considerato dunque che il marito l'aiutava in questi compiti, non è possibile riconoscere il grado di impedimento del 90% richiesto dalla ricorrente, di gran lunga maggiore, e non giustificato, rispetto a quello stabilito dall'inchiesta (50%), soltanto perché l'interessata doveva fare capo alla figlia per stirare alcuni panni – in precedenza all'aiuto domestico -, visto che altri capi venivano, per quanto possibile, semplicemente piegati e posti nell'armadio una volta asciutti. Nemmeno il parere dello psichiatra curante, che ha stabilito l'invalidità lavorativa dell'interessata in queste faccende nel 60-70%, può essere avallato. L'assistente sociale ha indicato che l'assicurata cucinava ancora con piacere per i suoi familiari e che si sentiva autosufficiente in questa attività, riuscendo ad iniziarla e a portarla a termine autonomamente, facendo all'occasione uso dei numerosi utensili e apparecchi presenti in cucina che le facilitavano il lavoro, quale impastare, affettare, frullare, aprire bottiglie e vasetti. In caso di difficoltà, per esempio nello sbucciare gli alimenti, l'insorgente faceva delle pause e suddivideva quindi l'attività in più momenti. Anche nel preparare la tavola e nello sparecchiare si arrangiava da sola, così come nel

caricare e svuotare la lavastoviglie e nel riordinare il piano di lavoro della cucina. In queste circostanze, la limitazione del 20% stabilita dall'esperta risulta adeguata e, come tale, contrasta con il grado del 50-60% suggerito dalla ricorrente, che però non può essere ammesso. Per quanto concerne invece i lavori pesanti, come la pulizia regolare dei pavimenti e dei bagni, va ricordato che la ricorrente li delegava ai familiari – in precedenza all'aiuto domestico – non essendo più in grado di svolgerli e di questo l'esperta ne ha tenuto conto nel suo rapporto, quando ha stabilito nel 60% l'impedimento nelle pulizie dell'appartamento. Di conseguenza, non è giustificato riconoscere una percentuale di impedimento dell'80% o addirittura del 100% come richiesto dalla ricorrente, poiché in tal modo non si considererebbe che l'assicurata era comunque in grado di provvedere al riordino giornaliero dei locali, allo spolvero ad altezza della mobilia e alla pulizia superficiale dei lavandini e che comunque era esigibile la collaborazione dei familiari. L'assistente sociale ha altresì considerato che l'assicurata si faceva aiutare nel trasporto dei pesi dal marito quando si recavano insieme al sabato a fare la spesa settimanale, mentre essa era in grado di spostarsi da sola in automobile per le piccole necessità quotidiane e per gli acquisti leggeri. L'accompagnamento di parenti era pure necessario in occasione di acquisti di vestiti, avendo difficoltà nel vestirsi/svestirsi. Considerato però che quest'ultima esigenza non si può definire essere regolare, la limitazione del 30% fissata dall'esperta va confermata dalla scrivente Corte, anche alla luce del fatto che era ormai da tempo che il marito si occupava delle questioni amministrative della famiglia, temendo l'assicurata di dimenticare delle scadenze. Ne discende che un impedimento del 60% come preteso dallo psichiatra curante e dalla ricorrente stessa risulta fuori luogo. Restava sempre riservata la possibilità di scaglionare sull'arco della settimana queste incombenze casalinghe e di effettuare delle pause quando meglio le aggradava. Infatti, la ricorrente poteva inoltre gestire l'attività domestica dedicandosi alle mansioni consuete quando meglio le aggradava e poteva seguire i suoi ritmi compatibilmente con il suo stato di salute, che le creava una facile affaticabilità. Non va poi dimenticato che nel caso concreto l'assistente sociale ha debitamente considerato l'esigibilità di una collaborazione da parte del marito e della figlia per stabilire il grado di impedimento della moglie nelle mansioni consuete, visto che durante l'inchiesta domiciliare è stato espressamente indicato che il marito - e/o la figlia - faceva la spesa settimanale portando i pesi, l'aiutava a rifare i letti, a pulire la casa nelle mansioni pesanti, a togliere il bucato pesante e ingombrante dalla lavatrice, a metterlo nell'asciugatrice o a stenderlo sui fili e si occupava perfino dell'amministrazione della casa. La giurisprudenza prevede infatti che occorre prendere in considerazione l'aiuto dei familiari nelle faccende domestiche. Va al riguardo ricordato l'obbligo per l'assicurata di diminuire il danno (DTF 115 V 53) e che anche le persone occupate nell'economia domestica devono contribuire, di loro propria iniziativa e in misura ragionevolmente esigibile, al miglioramento della loro capacità al lavoro, segnatamente ripartendo meglio le incombenze e in generale ricorrendo all'aiuto dei familiari nella misura usuale secondo le particolari circostanze (DTF 133 V 504 consid. 4.2; sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). Nella DTF 133 V 504 il Tribunale federale ha rammentato che se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Questo concetto è stato ancora di recente ribadito nella STF 9C_701/2016 del 1° marzo 2017. Tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno e di reciproca (e accresciuta: DTF 130 V 97 consid. 3.3.3) assistenza familiare e ricordato che in linea di massima e senza valide ragioni non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni

delle inchieste effettuate dai servizi sociali in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste, la valutazione di cui al rapporto del 20 ottobre 2016 deve dunque essere confermata. Sulla scorta delle considerazioni che precedono e analizzate tutte le circostanze concrete, questo TCA non può quindi che ritenere adeguati sia la percentuale di importanza assegnata alle diverse attività domestiche, sia il grado di incapacità lavorativa nello svolgimento delle stesse mansioni casalinghe stabiliti dall'Ufficio AI sulla base dell'accertamento domiciliare, che il medico del Servizio Medico Regionale ha avallato. Non possono quindi essere ritenute delle percentuali maggiori a quelle stabilite dall'assistente sociale. 2.18. Stanti le considerazioni esposte, esaminate singolarmente le valutazioni effettuate dall'assistente sociale circa gli impedimenti dovuti all'invalidità, questo Tribunale ritiene che non siano ravvisabili elementi che consentano di mettere in dubbio l'attendibilità della valutazione operata dall'assistente sociale, che non appare arbitraria e risulta conforme alle circostanze e ai riscontri concreti ed in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurata medesima nell'ambito dell'inchiesta domiciliare effettuata nell'ottobre 2016, le quali risultano del tutto attendibili. Ammettere qui che l'assistente sociale, che peraltro aveva già effettuato un'inchiesta al domicilio della ricorrente il 10 settembre 1996 (doc. 48) e il 25 febbraio 2003 (doc. 94) - e che pertanto vanta indubbiamente una lunga esperienza in materia, oltre ad avere esaminato l'assicurata in ben due altre occasioni -, " non abbia riportato con la necessaria precisazione e completezza quanto illustrato dalla ricorrente " (doc. X), non è sostenibile. La scrivente Corte evidenzia inoltre che, contrariamente a quanto ritenuto dalla ricorrente, i disturbi di cui ella soffre sono stati comunque presi in considerazione nell'ambito della determinazione del suo grado di incapacità di guadagno. In effetti, nella valutazione degli impedimenti dovuti all'invalidità, l'assistente sociale ha tenuto conto delle sue difficoltà in ognuna delle attività tipiche come casalinga, giungendo così ad un grado d'invalidità per ognuna di queste attività rispettivamente nel complesso. Infine, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche siano pienamente affidabili e compatibili con le limitazioni accertate in sede medica. Ribadita dunque l'attendibilità riconosciuta dalla giurisprudenza per quanto riguarda la determinazione dell'invalidità di persone occupate nell'economia domestica e delle conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, siccome essi dispongono di collaboratori specializzati il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste, non vi sono pertanto validi motivi per scostarsi dalla valutazione espressa dall'assistente sociale. Occorre poi ricordare che, per giurisprudenza, un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta, munita di formazione ed esperienza specifica, si giustifica unicamente nei casi in cui essa appaia chiaramente erronea (DTF 128 V 93 consid. 4). Sulla scorta delle considerazioni che precedono, tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo TCA non può quindi che ritenere adeguati sia la percentuale di importanza assegnata alle diverse attività domestiche, sia il grado d'incapacità lavorativa nello svolgimento delle stesse mansioni casalinghe, stabiliti dall'Ufficio AI sulla base dell'esposto accertamento domiciliare. Di conseguenza, pure la limitazione del 34% deve essere posta alla base del presente giudizio, non essendoci nessun motivo (fattuale e medico) per mettere in discussione la scelta di basarsi su quanto accertato in sede di inchiesta domiciliare da una persona esperta in materia. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurata nell'ambito casalingo, così come da essa richiesta, non è affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara

e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia giudiziaria atta a stabilire le effettive capacità dell'assicurata nell'esercizio delle mansioni consuete tipiche di una casalinga rispettivamente l'audizione della figlia, del marito e dell'aiuto esterno. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Non si giustifica neppure l'audizione delle persone indicate. Il TCA rileva che le audizioni richieste possono essere rifiutate senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la costante giurisprudenza federale ribadita nella recente STF 8C_186/2017 del 1° settembre 2017, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (STF I 472/06 consid. 2 del 21 agosto 2007; DTF 124 V 90 consid. 6; DTF 122 V 47). È quindi necessario che il ricorrente chieda al Tribunale esplicitamente e in maniera chiara l'indizione di un pubblico dibattito (DTF 136 I 279 consid. 1). Nel caso di specie, nel suo ricorso l'assicurata non ha chiesto alcun dibattito. Ella si è limitata a chiedere quali mezzi di prova l'audizione della figlia e del marito, così come dell'aiuto domestico, senza tuttavia pretendere l'indizione di un pubblico dibattito per permettere a questi testimoni di esprimere il proprio punto di vista sullo stato di salute della ricorrente. La sua richiesta è dunque volta all'insuccesso. Alla luce di ciò, la scrivente Corte non può che confermare le limitazioni dell'insorgente così come valutato dall'assistente sociale nel suo rapporto del 20 ottobre 2016 e ribadito il 27 novembre 2017 anche dopo avere preso atto delle lamentele dell'assicurata. Ne discende, dunque, che il grado di invalidità parziale come casalinga va stabilito nel 28,90% (85% x 34%). 2.19. Stante quanto precede, in virtù del metodo misto da adottare per individuare il grado d'invalidità globale dell'insorgente, ritenuta la suddivisione del tempo dedicato all'attività salariata (15%) e alle mansioni casalinghe (85%) accertate nel presente giudizio, come pure gli impedimenti nell'eseguire queste attività a causa del danno invalidante stabiliti dal grado di incapacità di guadagno come salariata (100%) e casalinga (34%), il grado di invalidità globale va fissato al 43,90% (15% [grado di invalidità parziale per la parte salariata] + 28,90% [grado di invalidità parziale nelle mansioni consuete]), e meglio al 44% (DTF 130 V 121 consid. 3.2), grado che dà diritto alla ricorrente a un quarto di rendita di invalidità. La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso integralmente respinto. 2.20. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di

prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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