

TI_GERICHTE 32.2018.195 vom 26. Juli 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-07-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.195_d20100726

FR: TI_GERICHTE 32.2018.195 du 26 juillet 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2018.195 del 26 luglio 2010

Regeste

Decisione dell'UAI con la quale è stato rifiutato il diritto a prestazioni in applicazione del metodo misto di calcolo non può essere confermata. La scelta del metodo di calcolo da utilizzare necessita di ulteriori approfondimenti

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 04.09.2019 32.2018.195 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 04.09.2019 32.2018.195 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 04.09.2019 32.2018.195

Decisione dell'UAI con la quale è stato rifiutato il diritto a prestazioni in applicazione del metodo misto di calcolo non può essere confermata. La scelta del metodo di calcolo da utilizzare necessita di ulteriori approfondimenti

Raccomandata Incarto n. 32.2018.195 cr Lugano 4 settembre 2019 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattrice: Cinzia Raffa Somaini, vicecancelliera segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 9 novembre 2018 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione dell'11 ottobre 2018 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. RI 1, nata nel 1961, da ultimo occupata quale ausiliaria di cure presso _____, nel mese di luglio 2009 ha inoltrato una prima richiesta di prestazioni AI per adulti essendo affetta da "celiachia + intolleranza al lattosio; sindrome ansioso-depressiva reattiva a malattia del coccige" (doc. 4). Esperiti gli accertamenti del caso, con progetto di decisione del 26 luglio 2010 (doc. 21), poi confermato con decisione del 27 settembre 2010, l'Ufficio AI ha rifiutato di riconoscere all'interessata il diritto a prestazioni, alla luce di un grado di invalidità dell'8% calcolato in applicazione del metodo misto (80% salariata e 20% casalinga) (doc. 22). Tale decisione è cresciuta incontestata in giudicato. 1.2. Nel mese di ottobre 2016 l'assicurata, da pochi mesi occupata quale aiuto-domiciliare/badante per conto di due persone, ha presentato una seconda richiesta di prestazioni AI per adulti, a seguito dei disturbi derivanti da un infortunio subito il 13 luglio 2015 nel quale ha riportato la frattura dello stiloide radiale destro (doc. 31). Eseguiti gli accertamenti medici ed economici del caso, con progetto di decisione del 5 luglio 2018 (doc. 93), l'Ufficio AI ha nuovamente rifiutato all'interessata il diritto a prestazioni in applicazione del metodo misto. A seguito delle critiche sollevate contro tale progetto di decisione dall'assicurata, rappresentata dall'allora _____ (doc. 105 e 108) e dopo avere richiesto una presa di posizione al medico del SMR (doc. 109), con decisione del 11 ottobre 2018 l'Ufficio AI ha ribadito il rifiuto delle prestazioni, alla luce di un grado di invalidità del 6% calcolato in applicazione del metodo misto (80% salariata e 20% casalinga) (doc.110). 1.3. Con tempestivo ricorso del 9 novembre 2018 l'assicurata,

rappresentata dalla RA 1, ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata, il rinvio degli atti all'amministrazione per la messa in atto di una perizia pluridisciplinare e, in via principale, l'emissione di una nuova decisione in base al metodo ordinario o, in via subordinata, il calcolo del grado di invalidità secondo il metodo misto. Innanzitutto, la rappresentante legale dell'assicurata ha contestato la valutazione medica del SMR posta a fondamento della decisione impugnata, a sua volta basata sulla perizia del dr. _____ e del dr. _____, i quali hanno tuttavia tenuto conto unicamente delle affezioni di natura infortunistica e non, invece, della globalità delle patologie presentate dall'assicurata. La rappresentante della ricorrente ha, poi, criticato l'utilizzo del metodo misto di calcolo del grado di invalidità, sottolineando come l'interessata prima dell'infortunio lavorasse nella misura dell'80% per problemi di salute già esistenti da lungo tempo. La rappresentante dell'assicurata ha, pure, contestato che l'assicurata non presenti limitazione alcuna nello svolgimento delle mansioni domestiche. A suo parere, difatti, ciò appare in contraddizione con la riconosciuta incapacità lavorativa del 50% nella professione abituale, che consiste in mansioni domiciliari del tutto analoghe a quelle richieste in ambito lavorativo. Infine, la rappresentante dell'assicurata ha criticato il calcolo del grado di invalidità eseguito dall'amministrazione, ritenuto come il reddito da invalido non sia stato ridotto all'80% in applicazione del metodo misto, prima di applicare la deduzione del 10% per tenere conto del rendimento ridotto (doc. I).

1.4. Con la risposta di causa l'Ufficio AI, dopo avere richiesto una presa di posizione al SMR (doc. IV/1), ha confermato la correttezza della decisione impugnata con argomenti di cui si dirà, per quanto necessario, nei considerandi in diritto (doc. IV).

1.5. In data 4 gennaio 2019, la rappresentante dell'assicurata ha preannunciato che l'interessata "rivedrà il dr. _____ per un consulto di aggiornamento del suo stato di salute. Tuttavia i tempi per ottenere un appuntamento sono lunghi". L'avv. _____ ha comunque ribadito che la valutazione medica delle limitazioni dell'assicurata è stata svolta tenendo conto unicamente degli esiti infortunistici e non, invece, della globalità dei disturbi dell'interessata. La rappresentante dell'assicurata ha, pure, nuovamente contestato l'utilizzo del metodo misto, evidenziando come la riqualifica professionale da venditrice ad ausiliaria di cure sia stata dettata da motivi di salute, a causa dei dolori provocati dal mantenimento in maniera prolungata della stazione eretta. Infine, la rappresentante dell'interessata ha ribadito che l'esistenza delle limitazioni funzionali nell'attività professionale debba essere riconosciuta anche in ambito casalingo, ritenendo la motivazione addotta dall'amministrazione per escluderne l'applicazione (ossia il fatto che l'assicurata a casa propria possa organizzarsi nei tempi di svolgimento come meglio ritenga) del tutto inaccettabili ("non è rimandando una mansione che questa si presenta priva di ostacoli") (doc. VI).

1.6. Con osservazioni del 22 gennaio 2019, l'Ufficio AI ha nuovamente rilevato come l'assicurata non abbia apportato dal profilo medico elementi oggettivi in grado di rimettere in discussione la valutazione del SMR. Quanto allo statuto dell'interessata, l'amministrazione ha ribadito che non vi sono elementi per comprovare che l'attività lavorativa fosse svolta a tempo parziale per ragioni di salute preesistenti. Infine, l'UAI ha confermato la correttezza del calcolo operato in applicazione del metodo misto per stabilire il grado di invalidità globale dell'assicurata (doc. VIII). Tali considerazioni dell'amministrazione sono state trasmesse all'assicurata (doc. IX), per conoscenza.

in diritto 2.1. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione oppure no l'Ufficio AI, in applicazione del metodo misto di calcolo del grado di invalidità, abbia rifiutato di assegnare all'assicurata una rendita di invalidità. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta

permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La

misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5).

2.2. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGa (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). Sono quindi escluse le attività del tempo libero (N. 3082 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS, in vigore dal 2015 nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2017). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, 1995, pag. 458; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro. Nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che per mansioni consuete secondo

l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Il nuovo art. 27 cpv. 2 OAI stabilisce che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità di religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità. Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. R. Leuenberger - G. Mauro , "Changements dans la méthode mixte", in Sécurité sociale 1/2018 pag. 40 seg (45-46)).

Come emerge dalle spiegazioni pubblicate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali alla Modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI) – Valutazione dell'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale (metodo misto) – in merito agli adeguamenti dal 1° gennaio 2018 concernenti l'applicazione del metodo misto in seguito alla sentenza 7186/09 della Corte europea dei diritti dell'uomo del 2 febbraio 2016, si è dunque posto l'accento sulle attività che possono essere equiparate a un'attività lucrativa ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 LAI. Si tratta delle attività che soddisfano il criterio dei terzi, vale a dire che, in caso di impossibilità dell'assicurato di svolgerle da sé, possono essere tipicamente eseguite da terzi dietro pagamento. Le attività volontarie svolte al di fuori dell'economia domestica, come le attività artistiche o di pubblica utilità, non possono invece essere equiparate a un'attività lucrativa e quindi riconosciute come mansioni consuete, se non in casi speciali (DTF 130 V 360 consid. 3.3.2).

Queste occupazioni non vanno dunque disciplinate in modo generale dall'OAI e pertanto non sono più espressamente menzionate nell'Ordinanza (cfr. punto 1.2 pag. 6 delle citate spiegazioni dell'UFAS). Come evidenziato dall'Ufficio federale sugli adeguamenti del metodo misto (cfr. punto III pag. 9), dal 1° gennaio 2018 il nuovo art. 27 OAI pone quindi l'accento sui lavori domestici necessari che possono essere equiparati ad un'attività lucrativa. Per stabilire se un'attività nell'ambito delle mansioni consuete possa essere equiparata a un'attività lucrativa, è determinante il criterio dei terzi e quindi bisogna chiedersi se si tratti di un'attività che può essere eseguita da terzi (persone o ditte) dietro pagamento. È per esempio il caso di lavori domestici necessari come la pianificazione e l'organizzazione della conduzione dell'economia domestica, la preparazione dei pasti (inclusa la pulizia della cucina), la pulizia dell'abitazione, gli acquisti e le altre mansioni nonché il bucato e la manutenzione dei vestiti. Se non possono essere ripartite tra gli altri familiari nel quadro dell'obbligo di ridurre il danno, infatti, queste attività dovranno essere affidate a servizi esterni a pagamento (persone di servizio). Oltre ai citati classici lavori domestici, va considerata anche la cura e l'assistenza ai familiari; rilevante è però che essi vivano nella stessa economia domestica dell'assicurato. Va ancora osservato che sia per i lavori domestici che per la cura e l'assistenza ai familiari, non si tiene però conto delle attività che vengono già svolte da terzi. Sono infatti prese in considerazione esclusivamente le attività che vengono affidate a terzi a proprie spese solo dopo l'insorgere del danno alla salute. Se, per contro, l'assicurato ricorreva a prestazioni di terzi a proprie spese già prima dell'insorgere del danno alla salute, allora per queste attività non v'è una limitazione di cui tenere conto, dato che continuano ad essere svolte da terzi come prima. Ritenuto come la modifica riguardante le mansioni consuete nell'economia domestica ha dunque lo scopo di porre l'accento sulle attività fondamentali di ogni economia domestica, le attività puramente ricreative – le attività artistiche e di pubblica utilità vanno qualificate quali attività puramente ricreative, se non possono essere eseguite da terzi dietro pagamento - non rientrano tra le attività da considerare nell'ambito delle mansioni consuete (DTF 125 V 157 consid. 5c/bb). Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della

Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale. 2.3. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). 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. 14 combinato con l'art. 8 CEDU allorquando 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, allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGA. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava

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

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina (u. Kieser , *Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung*, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis , *IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts*, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento cfr. la STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Come detto, il 1° gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582). Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che "(...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)". 2.4. 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). 2.5. Nella fattispecie in esame, l'amministrazione, in applicazione del metodo misto di calcolo, ha considerato l'assicurata salariata all'80% e casalinga al 20% (doc. A). La patrocinatrice della ricorrente ha contestato tale ripartizione, facendo valere che l'assicurata è stata attiva nel ramo della vendita prima di essere costretta, a causa di problemi di salute (dolori causati dalla protratta posizione in piedi), a cambiare attività riformandosi mentre era iscritta in disoccupazione quale aiuto domiciliare. Al riguardo, nella risposta di causa, l'amministrazione ha confermato la correttezza dell'utilizzo del metodo misto, nonché della ripartizione tra attività salariata (80%) e mansioni casalinghe (20%), ritenendo che l'assicurata abbia ridotto il proprio pensum lavorativo nella professione di aiuto domiciliare "per scelta personale e non per problemi di salute" (doc. IV). In data 4 gennaio 2019 la rappresentante dell'assicurata ha contestato tale assunto dell'amministrazione, sottolineando come "la riqualifica professionale è stata svolta quando erano già presenti i problemi di salute che hanno ridotto la capacità di rendimento. Lo stesso Ufficio AI, nel suo rapporto del 28 giugno 2018, precisa che l'assicurata per molti anni ha lavorato come commessa, a causa dei dolori dovuti alla stazione eretta prolungata si è formata come ausiliaria di cura a 40 anni" (doc. VI). Con osservazioni del 22 gennaio 2019, l'amministrazione ha ribattuto che il fatto che l'assicurata abbia deciso, dopo sette anni di attività come commessa, di autoriformarsi come ausiliaria di cure "non preclude il fatto che ella svolgeva tale attività a tempo parziale e questo non per motivi di salute". Quanto al rapporto del 28 giugno 2018, l'UAI ha ritenuto che il consulente si sia limitato ad indicare quanto affermato dall'assicurata, evidenziando come "agli atti non figura alcun elemento che possa comprovare che l'attività lavorativa fosse svolta a tempo parziale a causa di un danno alla salute preesistente". L'amministrazione ha, infatti, rilevato che l'interessata ha lavorato come ausiliaria di cure a tempo parziale sin dal 2002 e l'inabilità lavorativa che ha portato alla prima domanda di prestazioni AI risale al 2008, aggiungendo che il dr. _____, nella perizia del 21 luglio 2009, ha riportato nell'anamnesi sociale che "nel 2001 ha dovuto ricorrere alla disoccupazione che ha predisposto una riformazione come ausiliaria di cure, senza indicazione di motivi di salute alla base di tale riconversione professionale" (doc. VIII). 2.6. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene condivisibili le critiche sollevate dalla patrocinatrice della ricorrente nei riguardi delle considerazioni espresse dall'amministrazione al fine di confermare la correttezza del metodo di calcolo utilizzato per rifiutare all'interessata il diritto a prestazioni. Innanzitutto, il TCA rileva che l'amministrazione non ha accertato in maniera chiara quale fosse il grado occupazionale dell'interessata prima dell'insorgere del danno alla salute, verificando se, come sostenuto a più riprese dalla sua rappresentante legale, ella abbia dovuto effettivamente lasciare la sua precedente attività nella vendita per ragioni di salute, per poi essere riformata, mentre era iscritta in disoccupazione, in ambito di cure a domicilio. Al riguardo, va rilevato nel rapporto di intervento tempestivo del 13 luglio 2009 il segretario ispettore incaricato di occuparsi del caso aveva indicato che all'inizio degli anni 2000 l'assicurata aveva frequentato la scuola della CRS e ottenuto l'attestato per aiutare persone a domicilio, precisando che "si tratta di un lavoro adeguato al suo stato di salute che ha intrapreso per evitare la vendita dopo una prima depressione che ella riporta a 7-8 anni fa". Inoltre, ha indicato che "la percentuale di lavoro è regredita con il tempo da un impegno a

tempo pieno ad un impegno che ella descrive flessibile ma riassumibile con un 80% circa” (doc. 3, corsivo della redattrice). Da notare, inoltre, come verrà indicato più avanti (cfr. consid. 2.7.), che lo stesso medico del SMR, nelle annotazioni del 4 ottobre 2018, ha rilevato come i curanti abbiano attestato l’esistenza di patologie a carico dell’assicurata fin dal 2001 (cfr. doc. 109). Pertanto, il TCA reputa che l’amministrazione avrebbe dovuto preliminarmente stabilire quando sia insorto il danno alla salute con influsso sulla capacità lavorativa dell’interessata e, conseguentemente, il grado di occupazione della stessa prima di tale momento. Tale aspetto, di fondamentale importanza ai fini della scelta del metodo di calcolo da utilizzare, merita di essere approfondito. Inoltre, questo Tribunale rileva che in ogni caso, l’amministrazione ha comunque omesso, sia nell’istruire la presente procedura, sia in occasione della precedente concernente la prima richiesta di prestazioni, di accertare - tramite una domanda esplicita rivolta all’assicurata - in quale misura ella avrebbe lavorato senza l’insorgere del danno alla salute. L’Ufficio AI non ha, infatti, ordinato un’inchiesta a domicilio - strumento volto, tra l’altro, a raccogliere la dichiarazione di volontà a proposito della misura nella quale l’interessata avrebbe esercitato la propria occupazione senza l’insorgere del danno alla salute - dalle cui informazioni stabilire la scelta del metodo di calcolo da applicare. Da notare come tale mancanza appaia tanto più grave vista l’importanza fondamentale accordata, ai sensi della giurisprudenza federale, alle dichiarazioni della prima ora rilasciate proprio in quell’occasione in caso di successive incongruenze (cfr. sul tema delle dichiarazioni della prima ora, tra le tante, STF 9C_438/2012 del 29 ottobre 2012). Alla luce di tutti questi elementi, questo Tribunale ritiene che la questione debba essere approfondita da parte dell’amministrazione prima di potere valutare l’eventuale diritto dell’interessata ad una rendita di invalidità. Se da una parte è vero che l’assicurata non ha contestato in occasione della precedente decisione di rifiuto delle prestazioni del 27 settembre 2010 la ripartizione tra mansioni domestiche e attività lavorativa posta dall’Ufficio AI (come rilevato dall’UAI in sede di risposta di causa), va d’altra parte tenuto conto del fatto che in ogni caso, a quel momento, ogni obiezione sarebbe stata superflua, visto il grado di invalidità dell’8% (cfr., per un caso in cui il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione concernente l’applicazione del metodo misto o del metodo specifico, perché in ogni caso l’assicurata non presentava impedimenti nelle attività casalinghe almeno del 40% e, in attività lavorative, non subiva alcuna perdita di guadagno, STF 9C_694/2017 del 7 marzo 2018). Va, inoltre, ancora ricordato che il metodo di calcolo non resta immutato, ma che ad ogni revisione si deve accertare quale sarebbe stata l’attività esercitata dall’assicurato se non fosse stato invalido (cfr. sentenza SG-IV 2014/476 del 6 giugno 2017, pubblicata in SVR 3/2018 IV nr. 19, nella quale è stato ribadito che decisioni negative di rendita non esplicano effetti durevoli, cosicché una successiva nuova domanda non giustifica un’applicazione analogica dell’art. 17 LPGa. In quel caso, tenuto conto del fatto che l’assicurata avesse compreso male alcune domande, che non fosse riuscita ad immedesimarsi nella situazione fittizia di piena salute e che, a fronte della sua situazione finanziaria, apparisse plausibile l’esercizio di un’attività lucrativa a tempo pieno senza il danno alla salute, si è giunti alla conclusione che si dovesse rinunciare ad applicare il metodo misto). Nel caso di specie, una rivalutazione della misura nella quale sarebbe stata esercitata l’attività lucrativa dall’assicurata senza il danno alla salute appariva (e appare) tanto più necessaria nell’istruttoria relativa alla presente vertenza, visto il grado di invalidità del 42% ottenuto nel raffronto dei redditi per la sola quota-parte salariata per il periodo a decorrere dal 13 luglio 2016 (cfr. doc. A). Alla luce di tutto quanto sopra esposto non è possibile per questo Tribunale determinarsi con cognizione di causa

circa la scelta del metodo di calcolo da utilizzare. Pertanto, la decisione amministrativa deve essere annullata e la causa rinviata all'Ufficio AI per stabilire preliminarmente, tenuto conto di tutti gli elementi messi in luce in precedenza, se il grado di invalidità vada calcolato secondo il metodo ordinario o, in alternativa, in applicazione del metodo misto, stabilendo con precisione a quanto ammonti la quota-parte lavorativa, rispettivamente quella dedicata alle mansioni casalinghe, prima di emettere una nuova decisione (cfr. STF 9C_180/2018 del 28 agosto 2018, consid. 4.1-4.2). 2.7. Per quanto concerne l'aspetto medico, il medico del SMR dr.ssa _____, nel rapporto finale del 5 giugno 2018, riprendendo quanto valutato nel referto peritale fiduciario del dr. _____ redatto per conto dell'assicuratore perdita di guadagno _____ e dopo avere escluso la necessità di fare capo ad una perizia esterna, ha posto quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di "disturbi residui sotto carico polso/mano a destra in presenza di uno stato dopo frattura intrarticolare composta della stiloide radiale il 13.7.2015, trattata conservativamente, con decorso temporaneamente complicato dall'instaurazione di un'algodistrofia; artrosi radiocarpica destra in presenza di una dissociazione scafo-lunare; dissociazione scafo-lunare polso sinistro; trauma distorsivo caviglia sinistra il 13.7.2015, senza evidenziate lesioni strutturali acquisite, guarito senza postumi; nozione di artralgia cronica poli-distrettuale a predominanza poli-artralgica in contesto fibromialgico con componente somatoforme associata a iperlassità legamentaria; nozione di celiachia apparentemente ben controllata; osteoporosi" (doc. 85). La dr.ssa _____ del SMR ha considerato l'assicurata, dopo precedenti periodi di inabilità lavorativa in percentuali variabili, stabilmente inabile al lavoro al 50% nella professione di aiuto domiciliare a partire dal 1° aprile 2016, ma abile al lavoro al 100%, a decorrere dal 28 settembre 2016, nello svolgimento di attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (doc. 85). In sede di osservazioni contro il progetto di rifiuto di prestazioni, la rappresentante dell'assicurata ha contestato le risultanze mediche del rapporto del SMR, a suo avviso incomplete e inattendibili non avendo tenuto conto dell'insieme delle patologie dell'interessata, ma unicamente dei postumi infortunistici (doc. 105). Preso atto di queste critiche, l'amministrazione ha ritenuto indispensabile una presa di posizione da parte del SMR. Al riguardo, con annotazioni del 4 ottobre 2018, la dr.ssa _____ del SMR ha sottolineato di avere elencato nel proprio rapporto finale l'insieme dei disturbi presentati dall'interessata, sulla base di quanto indicato in sede peritale dal dr. _____. Ella ha rilevato come quest'ultimo non si sia limitato a porre unicamente le diagnosi insorte quali conseguenze dell'infortunio del 13 luglio 2015, ma abbia tenuto conto anche delle diagnosi di natura extra-infortunistica, che erano già state indicate dal curante dell'interessata, dr. _____. Il medico del SMR ha aggiunto che del resto i disturbi di natura extra-infortunistica elencati siano in sostanza i medesimi già valutati dal dr. _____ nel 2001 e nella visita fiduciaria del dr. _____ del 2009 (cfr. doc. 109). Per tali ragioni, il medico del SMR ha concluso che "mal si comprende la richiesta di un ulteriore accertamento, considerando che tutti gli specialisti che in questi anni hanno valutato l'assicurata indirizzano la propria diagnosi verso un quadro fluttuante di nozione di artralgia cronica polidistrettuale a predominanza poliartalgica in contesto fibromialgico con componente somatoforme associata ad iperlassità legamentaria. Nozione di celiachia apparentemente ben controllata e osteoporosi. Una nuova ulteriore valutazione non confermerebbe altro che quanto diagnosticato dai curanti fin dal 2001 e convalidato dai numerosi specialisti interpellati. Inoltre non si apporterebbero nuovi strumenti atti ad alleviare i sintomi patiti dall'assicurata e percepiti dalla stessa come invalidanti a fronte

delle patologie oggettivabili, ascrivibili alla sfera somatoforme in un contesto fibromialgico” (doc. 109). A fronte delle nuove obiezioni sollevate con il ricorso, la dr.ssa _____ del SMR, con annotazioni del 29 novembre 2018, ha ribadito le proprie posizioni, sottolineando che “una nuova ulteriore valutazione non confermerebbe altro che quanto diagnosticato dai curanti fin dal 2001 e convalidato dai numerosi specialisti interpellati. Inoltre non si apporterebbero nuovi strumenti atti ad alleviare i sintomi patiti dall’assicurata e percepiti dalla stessa come invalidanti a fronte delle patologie oggettivabili, ascrivibili alla sfera somatoforme in un contesto fibromialgico” (doc. IV/1).

2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell’AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell’assicurazione invalidità, l’Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d’accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall’art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l’acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell’assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell’autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell’assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l’intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in:

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non può, senza che prima vengano svolti nuovi approfondimenti, ritenere pienamente probante il rapporto finale del 5 giugno 2018 della dr.ssa _____ del SMR, posto a fondamento della decisione impugnata. Il TCA constata, infatti, che nel proprio rapporto finale il medico del SMR ha ripreso quanto valutato dal dr. _____ nel referto peritale LAINF del 21 novembre 2016 redatto su incarico dell'assicuratore perdita di guadagno HDI (_____). Ora, così facendo, se da una parte è vero che la dr.ssa _____ ha elencato l'insieme delle problematiche lamentate dall'assicurata, ivi compresi i disturbi di natura extra-infortunistica, va d'altra parte sottolineato che altrettanto non può dirsi per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa residua. Nel referto peritale del 21 novembre 2016, difatti, il dr. _____, dopo avere posto le diagnosi che affliggono complessivamente l'assicurata (ivi comprese quelle estranee all'infortunio del luglio 2015) e dopo avere riconosciuto che i disturbi presentati dall'assicurata al polso destro presentano un parziale nesso di causalità con l'evento infortunistico del luglio 2015 (mentre per un 50% sono influenzati da fattori extra-infortunistici), ha espressamente indicato che dell'interessata nello svolgimento dell'attività di aiuto domiciliare a tempo pieno va considerata inabile al 50% tenendo conto "del quadro clinico complessivo riscontrato al polso destro", ma va invece considerata "in relazione con i postumi infortunistici

riconducibili all'evento del 13 luglio 2015 " abile al lavoro al 100% in attività adatte (cfr. doc. 26 incarto LAINF, corsivo della redattrice). Stante questa chiara indicazione da parte del dr. _____, il TCA non può condividere la valutazione della capacità lavorativa riportata dalla dr.ssa _____ nel rapporto finale del SMR, in quanto tiene conto unicamente dell'influenza che hanno le problematiche di origine infortunistica, ma non di tutte le altre. In tale ottica, appare del tutto ininfluyente la motivazione addotta dalla dr.ssa _____ del SMR per giustificare l'inutilità (a suo parere) di un ulteriore accertamento peritale, in quanto non farebbe altro che riconfermare l'esistenza delle diagnosi già note e diagnosticate da parte di tutti gli specialisti interpellati negli anni e non apporterebbe "nuovi strumenti atti ad alleviare i sintomi patiti dall'assicurata e percepiti dalla stessa come invalidanti a fronte delle patologie oggettivabili, ascrivibili alla sfera somatoforme in un contesto fibromialgico" (doc. 109 e doc. IV/1). Nel caso di specie, infatti, non è oggetto di discussione fra le parti il fatto che l'assicurata presenti un insieme variegato di disturbi, di origine sia infortunistica che morbosa. Neppure si tratta di trovare strumenti atti ad alleviare i sintomi dell'assicurata. Il tema controverso e da approfondire riguarda, per contro, l'influenza rivestita dall'insieme delle polipatologie dell'interessata sulla sua capacità lavorativa e di guadagno, non potendo considerare pienamente probante, come visto, le percentuali poste nel rapporto finale del SMR in considerazione dei soli postumi infortunistici. Si impone pertanto un rinvio degli atti all'amministrazione affinché predisponga gli approfondimenti peritali del caso, atti a valutare l'impatto esercitato dall'insieme delle patologie dell'assicurata sulla sua capacità lavorativa residua.

Analogamente a quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non può quindi fondare il proprio giudizio sulle risultanze mediche del SMR. 2.10. Per quanto concerne l'attività di casalinga, va rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili al richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana. Nel caso di specie, nella decisione impugnata l'amministrazione ha stabilito che l'assicurata - ad eccezione del periodo dal 13 luglio 2015 al 13 ottobre 2015 (tre mesi dopo il sinistro) - non presenta limitazione alcuna in ambito domestico (doc. A), conformemente a quanto indicato dalla dr.ssa _____ nel rapporto finale del SMR del 5 giugno 2018 (doc. 85), poi confermato - dopo la presentazione delle contestazioni dell'assicurata contro il progetto di rifiuto delle prestazioni del 5 luglio 2018 - con annotazioni del 4 ottobre 2018 (doc. 109). A seguito delle nuove contestazioni presentate in sede ricorsuale (doc. I) l'Ufficio AI, nella risposta di causa, ha ribadito che l'interessata non presenta più alcuna limitazione in ambito casalingo a partire dal 13 ottobre 2015, così come spiegato dalla dr.ssa _____ del SMR nelle annotazioni del 29 novembre 2018 (doc. IV). Quest'ultima in tale frangente ha giustificato il proprio apprezzamento rilevando come "il perito LAINF dr. _____ nella valutazione del settembre 2016 ed il perito dr. _____ nel luglio 2009 non si sono pronunciati sull'IL come casalinga" (doc. IV/1). Il TCA non può condividere tali considerazioni espresse dalla dr.ssa _____ del SMR. Come pertinentemente rilevato dalla rappresentante dell'assicurata, il fatto che in ambito infortunistico il dr. _____ non si sia espresso sull'esistenza di una inabilità lavorativa in ambito domestico non può essere ritenuto un motivo sufficiente per escludere l'esistenza di limitazioni nello svolgimento dell'attività casalinga. In ambito infortunistico il perito è infatti chiamato ad esprimersi a proposito della

capacità lavorativa e delle limitazioni funzionali dell'assicurata in ambito lavorativo e non, invece, nelle mansioni casalinghe. Gli atti vanno quindi rinviati all'Ufficio AI affinché esegua i necessari accertamenti anche a proposito delle eventuali limitazioni presentate dall'interessata nell'esecuzione dei compiti in ambito domestico. Sulla base delle relative risultanze, poi, qualora preliminarmente si confermi l'applicabilità del metodo misto di calcolo del grado di invalidità (cfr. consid. 2.6.), l'amministrazione effettuerà un nuovo calcolo del grado di invalidità, con la relativa emissione di una nuova decisione. 2.11. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata dalla RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'assicuratore LAINF di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPG). 2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § La decisione impugnata dell'11 ottobre 2018 è annullata. §§ Gli atti sono rinviati all'amministrazione affinché proceda come indicato ai considerandi 2.6., 2.9. e 2.10.. 2. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. L'Ufficio AI dovrà inoltre versare all'assicurata fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni II

presidente
Cattaneo

Il segretario Daniele
Gianluca Menghetti

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