

## **TI\_GERICHTE 32.2020.151 vom 13. Oktober 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-10-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.151](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.151)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.151 du 13 octobre 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.151 del 13 ottobre 2020

### **Volltext**

Raccomandata

Incarto n.32.2020.151

FC

Lugano

1° aprile 2021

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattrice:

Francesca Cassina-Barzaghini, vicecancelliera

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso dell'■11 novembre 2020 di

RI 1

contro

la decisione del 13 ottobre 2020 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

1.3. Con tempestivo ricorso l'■assicurata, rappresentata da RA 1, psicologo, ha postulato l'■annullamento della decisione impugnata, contestando le conclusioni dell'■amministrazione in merito alla sua capacità lavorativa così come le conclusioni circa il grado di impedimento nell'■espletamento dei lavori domestici e chiedendo il riconoscimento di un grado d'■invalidità di almeno l'■80% (doc. I).

considerato in diritto

2.1. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha nuovamente negato all'assicurato il diritto ad una rendita.

2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della 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 ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46).

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STF I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STF I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.3. 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 dal 1° gennaio 2018, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata

nell'economia domestica s'intendono in particolare s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari.

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.). 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.

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 permansioni 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.

L'art. 27bis cpv. 3 OAI prevede che il calcolo del grado d'invalidità lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGA, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando un'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b).

Per l'art. 27bis cpv. 4 OAI per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno.

Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. Leuenberger ■ Maro, ■ *Changements dans la méthode mixte*■, in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 seg (45-46)).

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.

Va infine rilevato che con lettera circolare AI n. 372 l'UFAS ha rammentato che ■per tutte le prime richieste di prestazioni pendenti inoltrate prima del 1° luglio 2017, il diritto alla rendita fino al 31 dicembre 2017 verrà valutato in base al vecchio modello di calcolo e poi rivalutato in base al nuovo modello di calcolo con effetto dal 1° gennaio 2018.■

2.4. 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 TF 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. STF I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Pladoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in *SVR* 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.).

Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477.

In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciprochi dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni.

Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 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).

Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da persona con attività lavorativa a tempo pieno a persona con attività lavorativa a tempo parziale) che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o di una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C\_793/2017 del 8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 8C\_633/2015 del 12 febbraio 2016 consid. 4.3).

Come detto, il 1. gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27biscpv. 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. ( )

2.5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni

finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190).

Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STF 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.; STF del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, op. cit., pagg. 312-313; Blanc, op. cit., pag. 190-191).

Nella presente fattispecie, a seguito del rinvio statuito dal TCA e degli accertamenti effettuati, in base ai dati forniti dall'assicurata, l'Ufficio AI ha considerato l'assicurata salariata al 50% e casalinga al restante 50%, e ha quindi applicato il metodo misto per il calcolo del grado di invalidità.

Tale suddivisione non è stata contestata dalla ricorrente e il TCA, alla luce dei dati agli atti ed in particolare del suo percorso professionale, non ravvisa alcuna ragione per scostarsi da tale riparto, non emergendo alcun elemento o indizio indicante una diversa quota di ripartizione.

2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TF ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che:

"() Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V

166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). ( )" (STF I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2).■

Secondo la giurisprudenza del TF 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 (STF I 441/99 del 18 ottobre 1999; STF I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che■( ) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). ( )■(STF I 384/06 del 4 luglio 2007).

In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 I■Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) 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 p. 254-257).

Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, 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 (v. 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 (cfr. la DTF 137 V 64 sull'■ipersonnia, nella quale I■Alta Corte si è così espressa:

"( )

4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grund-sätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor

dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. ( ) ■

In una sentenza 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](http://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.

Infine, in una sentenza del 30 novembre 2017 pubblicata in DTF 143 V 409, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)).

Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una resistenza alle terapie, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante.

Infine, val la pena ancora precisare che per la giurisprudenza affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Nella fattispecie, l'Ufficio AI, successivamente al rinvio stabilito dal TCA, ha incaricato il \_\_\_\_\_ di eseguire una perizia pluridisciplinare. Dal referto datato 1. aprile 2020 (doc. AI 49) risulta che il \_\_\_\_\_ ha fatto capo a consultazioni specialistiche esterne di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr.

\_\_\_\_\_), psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) e internistica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'\_\_\_\_\_accertamento, i periti del \_\_\_\_\_ hanno posto le seguenti diagnosi:

#### 6.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Diagnosi psichiatrica:

sindrome da attacchi di panico (ICD-10; F 41.0).

#### 6.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

Diagnosi reumatologiche:

- fibromialgia di tipo primario;

- sindrome cervico-vertebrale e toraco-lombo vertebrale su leggere alterazioni statiche e possibili alterazioni di tipo degenerativo;

- stato dopo intervento chirurgico al gomito destro all'età di 40 anni per un'epicondilopatia radiale;

iniziale poliartrosi delle dita delle mani;

- periartropatia omero-scapolare tendinopatica alla spalla sinistra a carattere intercorrente.

Diagnosi neurologiche:

- stenosi asintomatica dell'arteria carotide interna destra di circa il 70-75%;

- due episodi con verosimile aura visiva emicranica senza cefalea.

Altre diagnosi internistiche:

- nota dislipidemia in trattamento farmacologico; tabagismo cronico.■ (doc. AI 49, pag. 16-17)

Riportate le singole conclusioni dei diversi specialisti, esclusa la valenza invalidante delle affezioni neurologiche, reumatologiche e internistiche, il \_\_\_\_\_ ha ritenuto data, a dipendenza delle sole problematiche psichiatriche, una capacità lavorativa del 70% nell'attività da ultimo svolta, così come in ogni attività adeguata, a decorrere dal giugno 2016 (inizio della presa a carico psichiatrica). Come casalinga invece l'assicurata era da considerare abile al 90%. Nessuna limitazione funzionale ascrivibile alle patologie somatiche è stata evidenziata, ma unicamente i limiti indicati dal perito psichiatra, il quale ha indicato che ■il carico ascrivibile alle diagnosi sopraelencate interferisce sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza■(doc. AI pag. 279).

Queste conclusioni sono state confermate e avallate dal medico SMR nel Rapporto finale del 6 aprile 2020 (doc. AI 51).

Fatta esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (cfr. rapporto del 27 luglio 2020, concludente per una limitazione complessiva del 23%, doc. AI 53), e interpellato il consulente professionale (doc. AI 58), l'amministrazione ha quindi reso il progetto di decisione del 3 agosto 2020, con il quale, ammesse le suindicate inabilità lavorative e un grado di impedimento nelle faccende casalinghe del 23%, posta la quota parte di attività salariata del 50% e come casalinga del

50%, e quindi i gradi di invalidità parziale del 15% rispettivamente 11.5%, ha concluso per un grado di invalidità totale del 27%, insufficiente per la concessione di una prestazione (doc. AI 57).

In fase di osservazioni l'assicurata ha fatto pervenire agli atti una certificazione del dr. \_\_\_\_\_, psichiatra, attestante la presenza di ■Sindrome Schizotipica F21(ICD-10) e Sindrome da Attacchi di panico, grave F41.01 (ICD10)■, e rilevando che■nel corso degli anni il quadro psicopatologico si è cristallizzato con un "confinamento" quasi assoluto della paziente al suo domicilio■, con■un decadimento del quadro globale cognitivo con l'insorgenza di pensieri paranoidi, ruminazioni ossessive, eloquio scucito e con delle bizzarrie■, sintomatologia che a suo avviso era inconciliabile con la possibilità di una reintegrazione nel mondo professionale (doc. AI 62). L'Amministrazione ha sottoposto la certificazione al \_\_\_\_\_, il quale, mediante complemento peritale del 5 ottobre 2020, interpellato il perito psichiatra dr. \_\_\_\_\_, ha concluso che■sulla base di quanto descritto sopra dal nostro consulente, la nuova documentazione non apporta elementi tali da modificare le conclusioni della perizia medica interdisciplinare datata 1.4.2020 effettuata presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_■(doc. AI 66).

Tale presa di posizione è stata pure condivisa dal SMR nell'annotazione del 6 ottobre 2020 (per il quale ■come confermato dai periti con la loro presa di posizione del 06.10.2020, non sussistono elementi oggettivi che consentano di modificare la precedente presa di posizione dell'Ufficio■, doc. AI 65), ragione per cui l'Ufficio AI, mediante la decisione contestata del 13 ottobre 2020, ha respinto la richiesta di prestazioni motivando come segue:

"()

Esito degli accertamenti:

A seguito della Sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA), datata 24 agosto 2018, abbiamo provveduto alla rivalutazione della sua richiesta di prestazioni AI inoltrata il 17 giugno 2016.

Tenuto conto delle sue dichiarazioni la pratica viene trattata quale salariata al 50% e casalinga al 50%, non più come casalinga nella misura del 100%.

Attività di salariata (50%):

Abbiamo sottoposto la documentazione medica acquisita in fase d'istruttoria al nostro Servizio Medico Regionale (SMR). Quest'ultimo ritiene giustificato riconoscere i seguenti periodi d'inabilità lavorativa, con relative percentuali:

Attività abituale:

- 30% dal giugno 2016

Attività adeguata:

- 30% dal giugno 2016

Visto che lei non avrebbe potuto meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua in attività alternative, si ritiene che alle inabilità lavorative succitate accertate nell'abituale professione corrisponda, dunque, un'incapacità lucrativa della medesima entità.

Attività di casalinga (50%):

Per quello che riguarda le limitazioni di casalinga facciamo riferimento all'inchiesta del 06 luglio 2020, dalla quale è emerso un impedimento pari al 23%.

Attività	Quota parte Limitazione	Grado d'inv. parziale
casalinga	50% 23%	11.5%
salariata	50% 30%	15%

Grado d'invalidità 26.5% > 27%

La consulente in integrazione professionale non ritiene sia possibile attuare provvedimenti atti ad incrementare la capacità di guadagno, tuttavia, su esplicita richiesta scritta, si resta a disposizione per valutare l'eventuale diritto all'aiuto al collocamento.

Osservazioni al progetto:

Abbiamo preso atto del suo scritto del 07 agosto 2020 e del rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ datato 31 agosto 2020. Abbiamo provveduto a sottoporre la nuova documentazione all'attenzione del Servizio Medico Regionale (SMR), il quale ha richiesto un complemento peritale al \_\_\_\_\_. Tenuto conto di quanto sopra si conferma che non sussistono elementi oggettivi che consentano di modificare le precedenti prese di posizione. Il progetto del 03 agosto 2020 viene quindi confermato. (doc. AI 67)

Di fronte al TCA l'assicurata ha contestato queste conclusioni sulla base di una serie di argomentazioni formulate dal suo psicologo curante dr. \_\_\_\_\_, sulle quali si è espresso il \_\_\_\_\_ mediante complemento peritale del 4 dicembre 2020, confermando le conclusioni della perizia del 1. aprile 2020 (doc. VI). Analogamente si è espresso il \_\_\_\_\_ anche sulla nuova attestazione del 18 dicembre 2020 del dr. \_\_\_\_\_ prodotta agli atti (doc. VIII e XII; cfr. nel dettaglio al consid. 2.10).

2.8. Per costante giurisprudenza (cfr. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389).

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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).

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 poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid.3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) 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).

2.9.IITCA, chiamato a stabilire, alla luce degli accertamenti effettuati a seguito del rinvio statuito con la STCA 32.2017.214, l'■Ufficio Alabbia correttamente emanato una nuova decisione di rifiuto delle prestazioni, tutto ben considerato, ritiene che l'■amministrazione a ragione ha concluso che la nuova documentazione medica acquisita non permetteva di oggettivare una diversa valutazione del caso.

Per quanto riferito alle ripercussioni sulla capacità lavorativa il perito ha indicato che ■il corteo ascrivibile alle diagnosi sopraelencate interferisce sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza■(doc. AI pag. 279).

■() Nel corso degli anni il quadro psicopatologico si è cristallizzato con un "confinamento" quasi assoluto della paziente al suo domicilio. Gli attacchi di panico sono frequenti nella sua quotidianità e riducono fortemente le relazioni e gli scambi con la società. Ho potuto constatare un decadimento del quadro globale cognitivo con l'insorgenza di pensieri paranoidei, ruminazioni ossessive, eloquio ■scucito" e con delle bizzarrie.

A mio avviso questo tipo di sintomatologia è inconciliabile con la possibilità di una reintegrazione nel mondo professionale. Purtroppo l'evoluzione e la prognosi risultano negative con un'inabilità lavorativa completa. La continuazione delle cure psichiatriche dovrebbe evitare delle ricadute ansioso-depressive e conseguenti ricoveri in ambito stazionario.■ (doc. AI 62)

Il Dr. med. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto medico del 22.9.2020 scrive:

"in riferimento alla sua richiesta del 5 settembre 2020, le confermo che la nuova documentazione fornita, non apporta nuove informazioni rilevanti, pertanto non modifica le conclusioni contenute nella perizia del mese di novembre 2019.

In particolare la diagnosi di Sindrome schizotipica suggerita come nuovo elemento, era già stata ampiamente approfondita ed esclusa nella precedente valutazione; risulta dunque improbabile un'insorgenza all'età di 61 anni.

Inoltre nell'anamnesi non si rintraccia lo sviluppo tipico del disturbo schizotipico; nemmeno era stata mai diagnosticata in passato.

Dunque non ravvisando nuovi elementi diagnostici, né cambiamenti farmacologici importanti (ricordo che l'A. assumeva solamente un trattamento farmacologico a base di Temesta), ritengo che non sussistano le condizioni per una rivalutazione a breve-medio termine."

In conclusione, sulla base di quanto descritto sopra dal nostro consulente, la nuova documentazione non apporta elementi tali da modificare le conclusioni della perizia medica interdisciplinare datata 1.4.2020 effettuata presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.■(doc. AI 66)

In particolare ribadisco che la diagnosi di Sindrome schizotipica suggerita come nuovo elemento, era già stata ampiamente approfondita ed esclusa nella precedente valutazione; risulta dunque improbabile un'insorgenza all'età di 61 anni.

Inoltre nell'anamnesi non si rintraccia lo sviluppo tipico del disturbo schizotipico; nemmeno era stata mai diagnosticata in passato.

Supporto dei tratti di personalità patologici soggiacenti da tempo non è sufficiente per porre una diagnosi allo stato attuale.

Anche gli aspetti legati alla F41.0, soprattutto per ciò che concerne la gravità e la frequenza, in accordo con quanto scritto dallo psichiatra curante e dalle risultanze del mio esame, sono stati contemplati nella valutazione; evidentemente si giunge ad una ponderazione delle capacità professionali differente.

Dunque non ravvisando nuovi elementi psicopatologici, diagnostici, né cambiamenti farmacologici importanti (ricordo che l'A. assumeva solamente un trattamento farmacologico a base di temesta), ritengo che non sussistano le condizioni per una rivalutazione a breve-medio termine.■ (doc. VI/1)

Del resto il perito del \_\_\_\_\_ ha con pertinenza osservato come il dr. \_\_\_\_\_ non segnalasse in sostanza alcun elemento psicopatologico, diagnostico nuovo né una modifica della farmacologia assunta all'assicurata, alla quale lo psichiatra curante aveva prescritto unicamente del Temesta.

Quanto alla censura riguardante la diagnosi da porre, e in particolare se sia data anche quella di sindrome schizotipica F21 ICD 10, come sostenuto dallo psicologo curante, questo TCA ritiene convincenti le argomentazioni esposte dal perito del \_\_\_\_\_, che ha peraltro sottolineato come tale ipotesi diagnostica fosse in ogni modo stata approfondita in occasione della perizia del 1. aprile 2020, non senza ricordare altresì che secondo la giurisprudenza federale per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche, ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234).

Tramite il suo psicologo, l'insorgente si è quindi in sostanza limitata a contestare le conclusioni a cui sono giunti i periti del \_\_\_\_\_, e in particolare del perito psichiatra, nella perizia del 1. aprile 2020 che ha accertato una capacità lavorativa a suo dire non data. Ella non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche e nemmeno un peggioramento dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale. La ricorrente si è quindi in sostanza limitata ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che la situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo, sia differente.

Va osservato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi ■ segnatamente di natura medica ■ a sostegno delle proprie argomentazioni. (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici ■ magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo ■, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo lo stato di salute e la conseguente capacità lavorativa (cfr. STCA 32.2018.165 del 13 marzo 2019, consid. 2.6 con riferimenti).

2.12. Per quanto concerne l'attività di casalinga, come è stato esposto, l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili al richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana (cfr. consid. 2.3 e 2.4).

2.12.1. Nella Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'UFAS ha previsto una ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un massimo - che nel caso concreto risultano essere stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse.

In particolare la cifra 3087 CIGI prevede:

Attività

Massimo %

1. Pasti (pulire/pelare/sbucciare, cucinare, apparecchiare, effettuare la pulizia quotidiana della cucina, gestire le scorte)

50

2. Pulizia e ordine dell'alloggio (riordinare, spolverare, passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno, cambiare le lenzuola, effettuare pulizie approfondite, curare le piante, il giardino e le aree adiacenti, eliminare i rifiuti) e cura di animali domestici

40

3. Acquisti (acquisti quotidiani e spesa settimanale) e altre commissioni (posta, assicurazioni, uffici pubblici)

10

4. Bucato e cura dei vestiti

(lavare, stendere e ritirare il bucato, stirare, ramendare, pulire le scarpe)

20

5. Cura e assistenza ai figli e/o ai familiari\*

50

Va poi rilevato che il TF ha già avuto modo di stabilire 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; STF I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STF I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2).

Il TF, in una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al consid. 4.1 della STF 9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013), ha avuto modo di nuovamente confermare la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete.

Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pag. 211; 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 che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta è strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica e da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STF I 681/02 dell'11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003). 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, il TF 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 (cfr. STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.14).

2.12.2. In concreto, in sede della valutazione effettuata nell'ambito dell'istruttoria che ha preceduto la resa della decisione del 13 novembre 2017, l'assistente sociale, stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alle direttive CIGI (attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali dell'assicurata nell'ambito dell'economia domestica) e fissati gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 30 gennaio/9 febbraio 2017 aveva stabilito una limitazione complessiva del 22%.

Tali risultanze, fatte proprie dall'amministrazione in sede della menzionata decisione di diniego, erano rimaste incontestate.

A seguito del rinvio stabilito dal TCA con la pronuncia di rinvio del 24 agosto 2018, l'amministrazione ha fatto esperire una nuova inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica. Come espressamente precisato dall'assistente sociale che si è occupata dell'inchiesta, in tale nuova inchiesta è stata aggiornata la tabella di valutazione degli impedimenti in ambito domestico applicando i nuovi parametri indicati al marg. 3087 della CIGI applicabile dal 1. 2018 (doc. AI pag. 297). La stessa, eseguita il 6 luglio 2020 e sfociata nel rapporto del 27 luglio 2020, tenendo conto delle conclusioni esposte nella perizia del \_\_\_\_\_ del 1. aprile 2020 e nel rapporto finale del SMR del 6 aprile 2020 (che valutavano, dal profilo medico-teorico, la percentuale di impedimenti in ambito domestico nella misura del 10%; doc. AI 49 e 51) e riproducendo anche le constatazioni di cui alla precedente inchiesta domiciliare del 30 gennaio 2014, ha stabilito quanto segue (cfr. doc. AI 53):

Pulire/pelare/sbuccia-re, cucinare, apparecchiare, effettuare la pulizia quotidiana della cucina, gestire le scorte

importanza assegnata

40%

percentuale degli impedimenti

20%

percentuale di invalidità

8%

Riordinare, spolverare, passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno, cambiare le lenzuola, effettuare pulizie approfondite, curare le piante, il giardino e le aree adiacenti, eliminare i rifiuti e cura di animali domestici

importanza assegnata

35%

percentuale degli impedimenti

20%

percentuale di invalidità

7%

Acquisti quotidiani, spesa settimanale e posta, assicurazioni, uffici pubblici

importanza assegnata

10%

percentuale degli impedimenti

50%

percentuale di invalidità

5%

Lavare, stendere e ritirare il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe

importanza assegnata

15%

percentuale degli impedimenti

20%

percentuale di invalidità

3%

Valutazione dell'assistente sociale

totale delle attività

100%

percentuale di invalidità

23%

In queste condizioni, rettamente l'Ufficio AI ha (nuovamente) respinto la domanda di prestazioni.

Ne consegue che la decisione contestata va confermata, mentre il ricorso è da respingere.

2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2020 e applicabile nel caso di specie (cfr. art. 83 Disp. trans. LPGa), 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.

Stante l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- sono poste a carico della ricorrente.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. Il ricorso è respinto.
2. Le spese per complessivi fr. 500.-- sono a carico della ricorrente.
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.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

Daniele Cattaneo

Il segretario di Camera

Gianluca Menghetti

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