

## **TI\_GERICHTE 32.2020.53 vom 24. Februar 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-02-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.53](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.53)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.53 du 24 février 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.53 del 24 febbraio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 2.3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto d'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 segg. (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. 2.4. 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 LPG. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plaidoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in *SVR* 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 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. Un'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, 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). 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 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 9C\_671/2017 del 12 luglio 2018 consid. 3.2.1 con riferimenti). Infine va fatto presente che, oltre all'art. 27 OAI, anche l'art. 27bis cpv. 2 - 4 OAI è stato modificato con effetto dal 1° gennaio 2018. In particolare, conformemente all'art. 27bis cpv. 3 lett. a OAI, è stato introdotto un nuovo modello di calcolo. 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 (...)". Nelle succitate spiegazioni dell'UFAS si legge: " Il modello di calcolo del metodo misto attualmente applicato è contestato già da lungo tempo dalla dottrina, che ne critica la considerazione eccessiva del tempo parziale nell'ambito dell'attività lucrativa (una volta per determinare l'importo del reddito senza invalidità e poi ancora una volta nella ponderazione in funzione del grado d'occupazione). Questo aspetto è stato infine censurato anche dalla Corte EDU. Il modello proposto risponde a questa critica tenendo conto sostanzialmente in egual misura del grado d'invalidità nell'attività lucrativa e di quello nelle mansioni consuete. In questo modo si prenderanno maggiormente in considerazione le limitazioni in ambito lavorativo, il che comporterà di fatto un tendenziale aumento dei gradi d'invalidità rispetto a oggi. Il nuovo modello si rifà alla regolamentazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (AINF), secondo la quale per la parte

relativa all'attività lucrativa il reddito senza invalidità è calcolato in riferimento a un ipotetico impiego a tempo pieno. La critica mossa a questo metodo è che tiene conto di un reddito che l'assicurato non avrebbe conseguito neanche senza limitazioni dovute a ragioni di salute, ma in realtà sia in ambito AINF sia in ambito AI sono applicati dei correttivi per considerare il reddito effettivamente conseguito: nel caso dell'AINF, l'ammontare della rendita dipende dall'effettivo guadagno assicurato, mentre nel caso dell'AI il correttivo consiste nel fatto che l'ammontare della rendita varia in funzione del reddito medio sul quale sono stati versati i contributi sociali. Il modello proposto garantisce inoltre automaticamente che si tenga sistematicamente conto delle interazioni tra attività lucrativa ed economia domestica nell'ottica di una maggiore conciliabilità tra famiglia e lavoro. Per determinare il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa si partirà da un ipotetico impiego a tempo pieno. Allo stesso modo, l'attività nell'ambito delle mansioni consuete verrà calcolata come per gli assicurati occupati a tempo pieno nelle mansioni consuete." (Parte II, punto. 1.1.1, pag. 5).

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; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, *op. cit.*, pagg. 312-313; Blanc, *op. cit.*, pag. 190-191). Nella presente fattispecie, l'Ufficio AI ha applicato il metodo misto e, in base ai dati forniti dal datore di lavoro, ha considerato l'assicurata salariata al 71.25% e casalinga al 28.75%. Tale suddivisione, peraltro pure condivisa dal patrocinatore dell'assicurata, può essere fatta propria da questo Tribunale, non risultando dagli atti e, in particolare, dal percorso professionale dell'interessata, ragione alcuna per scostarsene. Al contrario, dal questionario per il datore di lavoro, compilato in data 29 maggio 2018, risulta che il grado di

occupazione dell'interessata, attiva quale sostituto capo-ufficio dal 1° aprile 2004, fosse proprio del 71.25% (cfr. doc. 5). Percentuale pure confermata dall'assicurata stessa, la quale, nella richiesta di prestazioni del giugno 2018, ha indicato di aver svolto l'attività lavorativa di impiegata dal marzo 1990 "ad oggi", nella misura del 71.25% (cfr. doc. 8).

2.6. Per quanto concerne l'aspetto medico, al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha ordinato una valutazione peritale, affidata al dr.

\_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia. Quest'ultimo, nel referto peritale del 21 febbraio 2019, posta la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di "mielopatia cervicale verosimilmente di eziologia periprocedurale nel contesto di infiltrazione cervicale il 23.01.2018 con attuale miglioramento clinico" e, quali diagnosi senza conseguenze sulla capacità lavorativa, quelle di "miogelosi della spalla destra con attualmente cervicalgie incostanti; pregressa colecistectomia su calcolosi biliare e stato dopo resezione di polipi intestinali per via endoscopica", ha considerato che "vi siano tutto sommato buone capacità e risorse dal punto di vista neurologico". Esprimendosi a proposito della capacità lavorativa, il perito ha ritenuto che "la paziente può garantire 8 ore al giorno nell'attività svolta fino ad ora di impiegata addetta all'Ufficio \_\_\_\_\_ presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_", precisando che: "Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa? Ritengo che l'A. fosse limitata in misura del 50% fino a gennaio 2019. Nel frattempo si è verificato proprio nelle ultime settimane un miglioramento dei sintomi algici al braccio per cui ritengo che ora e al più tardi a partire da inizio febbraio 2019 vi sia ormai una capacità lavorativa praticamente del 100%, rispettivamente che l'A. è in grado di riprendere la precedente attività lavorativa in misura del 71.25% come ha svolto in passato. A questo proposito è importante sottolineare il fatto che ciò non significa negare la gravità e la rilevanza di quanto accaduto in gennaio 2018, ma l'evoluzione è stata complessivamente favorevole sull'arco di un anno, come viene d'altronde confermato sia dal medico curante, dr.

\_\_\_\_\_, che dai neurologi del \_\_\_\_\_ che hanno seguito la paziente e dunque a questo punto non si giustifica più un prolungamento dell'incapacità lavorativa." (Doc. 27 pag. 11) Rispondendo, poi, alla domanda relativa alla capacità lavorativa residua in attività adeguate, il perito ha precisato che "in sé ritengo che l'attività già svolta dalla paziente di impiegata di ufficio è sicuramente adeguata e difficilmente si potrà trovare un'attività più favorevole", aggiungendo che "qualunque attività che non comporti un rilevante carico fisico al braccio destro è proponibile" (doc. 27 pag. 12). Infine, riguardo all'esecuzione delle mansioni domestiche, il perito ha constatato che l'assicurata presenta delle "limitazioni per le attività più pesanti, come passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno"; "necessita di qualche aiuto per la spesa settimanale, soprattutto quando vi è la necessità di trasportare borse pesanti, per questo necessita dell'aiuto del marito", e, inoltre, vi è "qualche limitazione per stendere e ritirare il bucato, riesce a stirare ma soprattutto questo viene effettuato dal marito" (doc. 27 pag. 13). Constatando che l'assicurata, nonostante le risultanze peritali, ha continuato a lavorare al 50% e che il dr. \_\_\_\_\_, in data 31 luglio 2019, ha attestato che l'incapacità lavorativa del 50% dal 12 febbraio 2018 "perdura" (cfr. doc. 34), l'Ufficio AI ha chiesto una presa di posizione al SMR. Con annotazione dell'11 novembre 2019, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha considerato che "dalla disamina dei nuovi rapporti medici pervenuti agli atti non emergono ragioni mediche oggettive che giustifichino le IL attestate dopo il RA SMR del 26.2.2019 basato sulla perizia specialistica del 25.2.2019" (doc. 36). L'Ufficio AI ha quindi nuovamente interpellato il perito, dr. \_\_\_\_\_, chiedendogli di precisare la percentuale di inabilità dell'assicurata nelle mansioni domestiche. Con complemento del 2 dicembre 2019, il dr.

\_\_\_\_\_ ha osservato: " (...) Sulla base dei reperti constatati in occasione della perizia del 12 febbraio 2019 ritengo che anche come casalinga l'assicurata presenti una limitazione della capacità lavorativa del 10% e questo, come discusso a pagina 13 della perizia, soprattutto per attività pesanti che necessitino di sforzi rilevanti con il braccio destro (passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire il bagno, trasportare pesi come borse della spesa oppure stendere e ritirare il bucato): anche anamnesticamente le limitazioni erano comunque di entità contenuta. È difficile invece ricostruire con più esattezza quale fosse la capacità lavorativa per queste attività nel corso del 2018, vista l'evoluzione in lento progressivo miglioramento. Vi era stato comunque sicuramente un periodo di nelle fasi immediatamente successive all'evento acuto, durante il quale le limitazioni anche per le attività casalinghe erano maggiori." (Doc. 39) A seguito delle contestazioni presentate dall'assicurata, in sede di audizione, contro il progetto del 30 dicembre 2019 di attribuzione di una mezza rendita di invalidità temporanea (cfr. doc. 43), l'Ufficio AI ha ordinato un'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica, dalla quale è risultata una percentuale di limitazioni del 14% (doc. 45). 2.7. In sede ricorsuale, l'assicurata ha nuovamente contestato l'attribuzione di una rendita di invalidità solo per un periodo limitato di tempo, sottolineando come le limitazioni derivanti dal danno alla salute le permettano unicamente di lavorare nella misura del 50%, come del resto confermato dagli specialisti del \_\_\_\_\_. In particolare, con referto del 18 marzo 2020, il PD dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha rilevato di ritenere "necessario mantenere un'inabilità lavorativa del 50% alla luce delle residue algie e disestesie presenti, in esiti post-traumatici, in qualità di amministrativa (mansione attuale)" (doc. E). Al riguardo, nelle annotazioni del 14 maggio 2020 - allegate alla risposta di causa dell'Ufficio AI e redatte in risposta alla proposta interna dell'avv. \_\_\_\_\_ dell'UAI - il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Agli atti non risulta oggettivato alcun peggioramento dello stato clinico. Il peggioramento, infatti, viene riferito dalla stessa assicurata ma senza alcun supporto semeiologico-strumentale. Nel rapporto specialistico del \_\_\_\_\_ del 18.3.2020, il dr. med. \_\_\_\_\_ esprime la sua opinione a proposito della capacità lavorativa dell'assicurata, senza tuttavia supportarla con un nuovo esame clinico obiettivo e un nuovo reperto strumentale (TC; RMN, ENMG), non apportando, quindi, alcun elemento di novità rispetto a quanto noto e valutato in ambito peritale e AI. Trattasi dunque di diversa valutazione di una medesima fattispecie medica. Del resto, il dr. \_\_\_\_\_ scrive letteralmente: "riporta un peggioramento delle cervicobrachialgie a destra" ed è lapalissiano che tale affermazione non può costituire alcun esame clinico obiettivo lege artis che dimostri ulteriori limitazioni funzionali, tali da giustificare un'incapacità lavorativa del 50% né alcun rilievo strumentale, come potrebbe essere una elettroencefalografia o una nuova MRI. Infine, si fa notare che la terapia farmacologica assunta dall'assicurata non depone per una sintomatologia così imponente. Infatti, il Pregabalin è dosato a 25 mg, mentre sovente la posologia del farmaco è di 300 mg e può giungere fino a 600 mg/die. Il Cymbalta viene anch'esso "sottodosato" a 30 mg, mentre per il trattamento del dolore si parte da 60 mg fino ad arrivare a 120 mg/die. Infine, l'Arcoxia, un classico antidolorifico FANS (Anti-infiammatorio Non Steroideo), inibitore della COX2, viene addirittura assunto solo in riserva. Ciò rende conto di alcun peggioramento clinico oggettivo e conferma quanto già definito a livello SMR. In conclusione, non vi è alcuna indicazione ad ulteriori approfondimenti clinici (verso cui non ha proceduto nemmeno il dr. \_\_\_\_\_) e si confermano integralmente tutte le prese di posizione SMR sul caso." (Doc. IV/1) In corso di causa, il patrocinatore dell'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione medica a

comprova dell'attualità dell'incapacità lavorativa del 50% dell'interessata. In particolare, con referto del 26 giugno 2020, il PD dr. \_\_\_\_\_, facendo riferimento alla visita dell'assicurata eseguita in data 24 giugno 2020, ha concluso: " (...) Valutazione Rispetto a febbraio u. s., constatiamo una sostanziale stabilità dei disturbi riferiti dalla paziente, con persistenza di fluttuanti disestesie periorali e a dx e di ipoestesia del IV e V dito della mano dx. L'esame neurologico è parimenti sovrapponibile con riscontro di un'ipoestesia tatto-algica al IV e V dito destro. Vista la stabilità clinica e dei sintomi riferiti, non troviamo giustificato al momento eseguire ulteriori accertamenti neurologici. Alla luce delle residue algie e disestesie presenti in esiti post-traumatici, riteniamo necessario mantenere un'inabilità lavorativa del 50% in qualità di amministrativa (mansione attuale), con un lavoro da effettuare dalle 7.30 alle 12.00, con pause di 15-20 minuti ogni 2 ore. A fronte di una sostanziale stabilità dei disturbi negli ultimi 2 anni, in presenza della nota lesione midollare in sede cervicale, riteniamo improbabile in futuro una completa remissione della sintomatologia descritta." (Doc. E1) Anche il dr. \_\_\_\_\_, in data 15 giugno 2020, ha preso posizione sulla situazione dell'assicurata, osservando: " (...) - L'assicurazione \_\_\_\_\_ che copre le indennità di perdita di lavoro della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ non ha mai contestato il grado di incapacità lavorativa e questo per due anni. Se lo avesse voluto fare tramite il suo medico di fiducia poteva farlo quando voleva. Ovviamente riteneva la valutazione data inizialmente da me, poi dal reparto neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, in particolare dal Prof. Dr. \_\_\_\_\_, co-Primario, valida. - Il Prof. \_\_\_\_\_ è stato chiamato in causa dal dr. \_\_\_\_\_, il neurologo cui io avevo affidato, una volta chiarito di cosa si trattava, il caso poiché un proseguo specialistico neurologico della cura era ovvio. A sua volta il dr. \_\_\_\_\_ ha indirizzato il 25 maggio 2018 la paziente al Prof. \_\_\_\_\_ per completamento diagnostico. Il Prof. \_\_\_\_\_ ha seguito sì la paziente (prima valutazione 05 luglio 2018) fino al 18 marzo 2020 (ultima valutazione) con controlli regolari, ma non è da ritenersi *sensu stricto* medico curante o, vale a dire, possibilmente di parte, della signora RI 1. Gli era infatti stato inviato per approfondimenti medici dallo specialista al quale mi ero rivolto io, quale medico di famiglia della signora RI 1. Il suo parere non è quindi da considerare come un parere di parte. Invece il parere della A.I. si basa sostanzialmente su quanto stabilito dal dr. \_\_\_\_\_ che ha visto puntualmente una sola volta la paziente e che è da considerare di parte, avendo fatto la sua valutazione su incarico della A.I. stessa. Occorre ribadire che si tratta di una valutazione sulla scorta di una sola visita e non una valutazione effettuata con controlli regolari per la durata di due anni come è stato il caso del Prof. \_\_\_\_\_. La situazione dal profilo organico a distanza di due anni dall'evento (per il quale la signora RI 1 ha ovviamente sofferto in modo notevole anche dal profilo psichico) è ormai stabilizzata ed in particolare un eventuale ulteriore miglioramento non è da attendere." (Doc. F) L'assicurata ha, inoltre, trasmesso al TCA, un rapporto stilato dalla propria terapeuta in agopuntura, signora \_\_\_\_\_ (doc. G) e un resoconto redatto dalla signora \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (doc. H), a comprova della persistenza dei dolori neuropatici risentiti. Con annotazione del 9 luglio 2020, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR si è così espresso riguardo all'ulteriore documentazione prodotta dal legale dell'interessata: " (...) Si risponde innanzitutto che per la situazione clinica dell'assicurata non vi è alcuna indicazione medica a valutazioni funzionali seriate, stante il fatto inoppugnabile di una diagnosi accertata e di alcun nuovo reperto strumentale dalla MRI del 2018. Pertanto, una sola visita peritale è più che sufficiente a definirne lo status. Per altri versi, l'assicurata non risulta affetta da altre patologie con una ricaduta certa sulla capacità lavorativa. L'osservazione del rappresentante

legale è quindi fuori luogo e non ha alcuna pertinenza scientifica. Le considerazioni sulla valutazione peritale del Dr. med. \_\_\_\_\_, espresse dal rappresentante legale dell'assicurata, costituiscono un'opinione personale, mentre non si fondano su reperti strumentali oggettivi né su valutazioni semeiologiche specifiche che apportino elementi di novità rispetto a quanto già valutato in ambito SMR. Il parere espresso dal Dr. med. \_\_\_\_\_ il 15.06.2020 non costituisce argomentazione medica e non è circostanziato da alcun esame obiettivo lege artis che smentisca l'esame obiettivo effettuato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ in sede peritale. Inoltre, egli non oggettiva strumentalmente nuove entità nosologiche codificate secondo ICD-10. Pertanto, non dimostra uno status clinico diverso da quello emerso in sede peritale. Circa le valutazioni del primario del \_\_\_\_\_, si è già discusso nella mia precedente presa di posizione del 14.05.2020 (0001 - GED) a cui rimando. Mi preme qui ricordare al rappresentante legale dell'assicurata che il termine miogelosi (letteralmente, "muscolo congelato") si riferisce ad una condizione nella quale un determinato distretto muscolare appare indurito. La definizione più corretta è quella di sindrome miofasciale e si tratta di una condizione estremamente diffusa non solo nella popolazione adulta ma anche in quella pediatrica. Essa rimane, pertanto, una "diagnosi" secondaria, come già considerata tale dallo stesso Dr. med. \_\_\_\_\_. Ancora, si osserva che l'esame obiettivo eseguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_ in occasione della visita del 24.06.2020 e che riportiamo di seguito (...) descriva uno status neurologico sovrapponibile a quello obiettivato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ in sede peritale (...). In particolare, sottolineiamo che la frase "non deficit stenici all'esame cursorio" del Dr. med. \_\_\_\_\_, corrisponde esattamente alla frase "tono e trofismo muscolare normali. Non vi sono paresi ai principali gruppi muscolari" del Dr. med. \_\_\_\_\_. Inoltre, proprio il Dr. med. \_\_\_\_\_, in considerazione della stabilità clinica dell'assicurata, non trova giustificato eseguire ulteriori accertamenti radiologici e non prevede nemmeno prossimi controlli. E a tal proposito, in presenza di un quadro clinico stabile ed in assenza di un nuovo substrato morfologico strumentale dimostrato, l'attestazione di IL del 50% da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_ non trova una sostenibilità scientifica, mentre rappresenta una diversa valutazione della medesima fattispecie medica. Anche il rapporto della signora \_\_\_\_\_ pervenuto al TCA il 7.7.2020 non contiene alcuna argomentazione di carattere medico che dimostri uno status clinico diverso da quello valutato in sede peritale, rappresentando, ancora una volta, un'opinione personale priva di elementi oggettivi. Il rapporto fisio summit della signora \_\_\_\_\_, allo stesso modo, non fornisce alcuna informazione di carattere medico e si fonda su quanto riferisce la stessa assicurata, oltre ad esprimere un parere personale. Alla luce delle suesposte considerazioni, confermo integralmente le conclusioni del RAF SMR del 26.02.2019." (Doc. X/1) 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. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima venga predisposto un complemento peritale, confermare la decisione impugnata, basata, per quanto riguarda gli aspetti medici, sulla valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_. È vero che il medico del SMR, dr. \_\_\_\_\_, al quale è stata sottoposta la documentazione medica prodotta dall'interessata e, in particolare, i referti del \_\_\_\_\_, ha confermato la validità delle conclusioni peritali, escludendo l'intervento di un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata rispetto a quanto valutato dal perito neurologo. Cionondimeno, questo Tribunale non può ignorare che, nel referto peritale, il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che, sentito telefonicamente in data 19 febbraio 2019, il PD dr. \_\_\_\_\_ era "in linea di principio d'accordo" con una ripresa totale senza limitazioni dell'attività lavorativa (cfr. doc. 27 pag. 8), mentre nel referto del 18 marzo 2020 (doc. E) e

in quello del 26 giugno 2020 (cfr. doc. E1), lo specialista del \_\_\_\_\_ ha, invece, considerato “necessario mantenere un’inabilità lavorativa del 50%” nell’abituale professione, a causa della “persistenza di fluttuanti disestesie peromorali e di ipoestesia del IV e V dito della mano destra”. Ora, al riguardo, il TCA ritiene che l’amministrazione non avrebbe potuto limitarsi a sottoporre i referti del PD dr. \_\_\_\_\_ al vaglio del medico del SMR, per verificare se gli stessi fossero o meno atti a rimettere in discussione le conclusioni peritali, ma avrebbe dovuto richiedere una presa di posizione direttamente al dr. \_\_\_\_\_, così da accertare l’eventuale presenza di condizioni tali da indurlo a modificare il proprio apprezzamento. Tale soluzione appare tanto più giustificata, se si pone mente al fatto che lo stesso perito ha considerato che “tutto sommato ritengo che l’attuale situazione permetta all’assicurata di lavorare senza limitazioni maggiori al più tardi a partire da inizio febbraio 2019 e cioè dal momento in cui è stata descritta ed anche confermato ad un esame clinico da parte dei colleghi del \_\_\_\_\_, un miglioramento anche dei sintomi soggettivi al braccio destro” (cfr. doc. 27 pagg. 9-10). Visto il chiaro riferimento da parte del dr. \_\_\_\_\_, al momento di formulare le proprie conclusioni, a quanto apprezzato anche dagli specialisti del \_\_\_\_\_, il TCA ritiene che a fronte di una successiva diversa quantificazione della percentuale di capacità lavorativa esigibile dall’assicurata da parte del PD dr. \_\_\_\_\_, in contrasto con quella del perito, spettasse unicamente al dr. \_\_\_\_\_ esprimersi, attraverso una valutazione peritale di decorso, non potendo essere considerata sufficiente l’indicazione con la quale il medico SMR ha liquidato la questione considerandola una diversa valutazione di una identica fattispecie. All’autore del referto peritale incombeva, in particolare, accertare e chiarire se il miglioramento dei sintomi algici al braccio da lui constatato e che “si è verificato proprio nelle ultime settimane” – ciò che, a suo parere, giustificava “che ora e al più tardi a partire da inizio febbraio 2019 vi sia ormai una capacità lavorativa praticamente del 100%” (cfr. doc. 27, corsivo della redattrice) - fosse persistito anche successivamente, in maniera duratura o se, al contrario, avesse carattere solo transitorio. Questa seconda evenienza sembrerebbe avvalorata dal fatto che l’assicurata ha continuato a risentire e a lamentare algie e disestesie al braccio anche dopo la visita peritale, motivo per il quale il PD dr. \_\_\_\_\_, nei referti del 18 marzo 2020 e del 26 giugno 2020, ha continuato ad attestare la necessità di una limitazione del 50% dell’esigibilità lavorativa nell’usuale attività amministrativa dell’interessata (cfr. doc. E e E1). 2.10. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l’incarto all’Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall’amministrazione che necessitavano di un complemento (“Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen”; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall’amministrazione (“Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist”; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.9., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso – ribadita la necessità di una perizia neurologica di decorso - si giustifica il rinvio degli atti all’amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire se le

condizioni di salute dell'interessata siano tali da rendere esigibile una totale ripresa della sua usuale attività lavorativa, oppure no (specificando, in tal caso, quale sia il relativo grado di incapacità lavorativa e di limitazione nelle attività domestiche). Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita di invalidità dell'assicurata dopo il 30 aprile 2019 (fermo restando il diritto alla mezza rendita di invalidità dal 1° gennaio 2019 al 30 aprile 2019, incontestato). 2.11

Secondo gli 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). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI. 2.12. Nel caso di specie, inoltre, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: d a ultimo STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento ), la ricorrente, patrocinata da un legale, ha diritto all'importo di fr. 2'500.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGa; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.).

## **E. 27**

cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). Sono quindi escluse le attività del tempo libero (N. 3082 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS, in vigore dal 2015 nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2017). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, 1995, pag. 458; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, pag. 145).

Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

Nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che 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.

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 segg. (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 solodopo 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 e 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.

2.4. 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 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. Un'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, 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).

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 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 9C\_671/2017 del 12 luglio 2018 consid. 3.2.1 con riferimenti).

Infine va fatto presente che, oltre all'art. 27 OAI, anche l'art. 27bis cpv. 2 - 4 OAI è stato modificato con effetto dal 1° gennaio 2018. In particolare, conformemente all'art. 27bis cpv. 3 lett. a OAI, è stato introdotto un nuovo modello di calcolo.

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.

Nelle succitate spiegazioni dell'UFAS si legge:

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).

2.6. Per quanto concerne l'aspetto medico, al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha ordinato una valutazione peritale, affidata al dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia.

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, *Rechtssprechung 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).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.9., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso ■ ribadita la necessità di una perizia neurologica di decorso - si giustifica il rinvio degli atti all'■amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire se le condizioni di salute dell'■interessata siano tali da rendere esigibile una totale ripresa della sua usuale attività lavorativa, oppure no (specificando, in tal caso, quale sia il relativo grado di incapacità lavorativa e di limitazione nelle attività domestiche).

Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'■amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita di invalidità dell'■assicurata dopo il 30 aprile 2019 (fermo restando il diritto alla mezza rendita di invalidità dal 1° gennaio 2019 al 30 aprile 2019, incontestato).

2.11 . Secondo gli 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 l'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).

In concreto, visto l'■esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'■Ufficio AI.

2.12. Nel caso di specie, inoltre, visto l'■esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C\_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), la ricorrente, patrocinata da un legale, ha diritto all'■importo di fr. 2■500.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'■ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo

2019, consid. 2.15.).

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