

## **TI\_GERICHTE 32.2021.23 vom 30. August 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-08-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.23)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.23 du 30 août 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.23 del 30 agosto 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. 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 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. L'art. 27bis cpv. 3 OAI prevede che il calcolo del grado d'invalidità lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPG, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'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 Inoltre 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 .” In concreto la richiesta di prestazioni è del dicembre 2016 e nessuna decisione formale dell’Ufficio AI relativa a tale richiesta è finora cresciuta in giudicato. Occorre pertanto applicare il vecchio diritto per il calcolo delle prestazioni da agosto 2017 fino al 31 dicembre 2017, mentre le nuove norme vanno applicate per il periodo dal 1° gennaio 2018 (per dei casi in cui questo Tribunale ha già proceduto in questo senso vedi la STCA 32. 2018.56 del 25 febbraio 2019, 32.2018.29 del 7 febbraio 2019 e 32.2018.42 dell’8 ottobre 2018). 2.5. 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 reciproci dell’attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell’ambito dell’applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell’ambito professionale o nell’ambito dell’adempimento delle mansioni consuete (secondo l’art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell’altro settore d’attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un’attività lucrativa e che oltre a questa conducono un’economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell’art. 8 cpv. 3 LPGa (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al

### **E. 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).

2.6. Nel caso in esame, l'assicurata è stata considerata salariata nella misura del 60% e senza attività lucrativa per il restante 40%. Il TCA non ha motivo per scostarsi da tale ripartizione, rimasta peraltro incontestata, la cui correttezza è stata, del resto, confermata dall'assicurata stessa nell'ambito dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica di cui al menzionato rapporto dell'8 settembre 2020, dal quale risulta espressamente che "in assenza del danno alla salute avrebbe continuato la sua ultima attività lavorativa al 60%" (cfr. doc. 131).

Grado d'invalidità quale salariata 2.7. Occorre dapprima esaminare se, per quel che concerne la parte salariata, vi è un motivo di revisione della rendita intera fin lì percepita dall'assicurata, ossia se vi è stato un miglioramento della sua situazione valetudinaria. Secondo giurisprudenza, per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, p. 379). Nel caso di specie va, pertanto, paragonato lo stato di salute dell'assicurata esistente al momento della decisione del 27 ottobre 2018 – allorquando è stata valutata un'incapacità lavorativa del 100% a partire dal maggio 2012 – con quello esistente al momento della decisione impugnata. Durante l'istruttoria che ha portato alla decisione del 27 ottobre 2018, l'Ufficio AI aveva richiamato dalla \_\_\_\_\_ la perizia reumatologica del 7 marzo 2017 eseguita dal dr. med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione. Quest'ultimo, poste le diagnosi di "artrite reumatoide sieropositiva (ANA, fattore reumatoide e anticorpi anti-CCP), secondo gli atti erosiva (mani); diagnosi del 2002 con trattamento di fondo in corso dal 2003, dapprima con DMARD classico (MTX), dal 2004 con biologici, attualmente Actemra (inibitore IL-6) in combinazione a FANS e corticosteroidi con attività clinica minima ma sintomatologia poliarticolare persistente; Talessia minor; Poliallergia; esiti di asportazione di papilloma intraduttale del seno sinistro e biopsia del seno destro per adenoma (24.8.2016)", aveva considerato che l'interessata presentasse una totale inabilità lavorativa nell'abituale professione di assistente di cura, mentre nello svolgimento di un'attività adeguata, rispettosa delle sue limitazioni funzionali, la stessa fosse abile al lavoro "nella misura dei 2/3 (66.6%) inteso per un impiego del 100% (misto tra riduzione del rendimento e della presenza)" (cfr. doc. 186). Quanto alla prognosi, il dr. \_\_\_\_\_ aveva evidenziato come la stessa apparisse "incerta", dato che "l'affezione è di tipo cronico con un'evoluzione altalenante e imprevedibile; ulteriori ripercussioni anche maggiori di quanto stabilito non sono escluse" (cfr. doc. 186 pag. 10). Tale valutazione era stata, inizialmente, fatta propria dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (cfr. rapporto finale del SMR del 7 aprile 2017, doc. 64), salvo poi essere rivista dallo stesso medico del SMR alla luce delle ulteriori informazioni pervenute all'Ufficio AI da parte della specialista reumatologa curante dell'interessata. La dr.ssa \_\_\_\_\_, medico associato del Servizio di reumatologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, con scritto del 31 ottobre 2017 indirizzato all'UAI aveva, infatti, fornito una valutazione dell'evoluzione delle patologie dell'interessata nell'arco dei 6 mesi precedenti, rilevando quanto segue: " Lors de la dernière consultation du 22.09.2017,

la patiente susnommée m'a informé qu'elle était toujours en attente d'une réponse de votre part, raison pour laquelle je voulais vous informer de l'évolution de la maladie de la patiente durant les 6 derniers mois. Je constate notamment une persistance de l'activité de la maladie avec des synovites à plusieurs endroits, de manière assez régulière au niveau des chevilles et des poignets, associée à des ténosynovites de l'appareil tendineux des chevilles, ainsi que des synovites aux autres articulations, petites et grandes. Cette activité de la maladie persiste malgré un traitement de fond, actuellement par Actemra®. Un traitement d'Arava introduit au mois d'avril 2017 a été mal toléré (nausées) sous un traitement de Sulfasalazine débuté en juin 2017 Madame RI 1 a développé des effets secondaires (une coloration jaune des yeux), raison pour laquelle j'ai débuté un traitement de Plaquenil à fin septembre 2017. En ce qui concerne la capacité de travail, Madame RI 1 reste avec une incapacité complète dans le domaine des soins et pour l'instant également pour toute activités, en raison de sa polyarthrite qui n'est pas contrôlée et ceci de manière chronique, sans période d'accalmie." (Doc. 70) Con annotazione del 12 giugno 2018 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha fatto proprio il rapporto 31 ottobre 2017 della reumatologa curante, dr.ssa. med. \_\_\_\_\_ del Servizio di Reumatologia del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, valutando che a partire dal mese di giugno 2017 l'assicurata presentasse una totale inabilità lavorativa in attività adeguate (doc. 79). 2.8. Nell'ambito della revisione d'ufficio del giugno 2019, come visto, l'Ufficio AI ha disposto una perizia bidisciplinare a cura del \_\_\_\_\_, eseguita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicologia, per quel che concerne l'aspetto psichiatrico e dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, con riferimento a quello reumatologico. Con referto peritale del 29 luglio 2020 la dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere riassunto gli atti medici presenti nel dossier e aver proceduto alla consueta anamnesi e alle constatazioni obiettive, hanno posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di "1. artrite reumatoide (diagnosi 2002): lieve attività articolare infiammatoria residua; fattore reumatoide-, anticorpi anti-CCP-, anticorpi antinucleari positivi; decorso articolare erosivo; 2. episodio depressivo di grado medio (ICD10 - F32.1), in DD con una sindrome depressiva ricorrente, ultimo episodio di grado medio (ICD10 - F33.1)" e, quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quelle di "problematiche familiari: problemi con il coniuge (ICD10 - Z.63.0) e scomparsa di un familiare (ICD10 - Z63.4); sindrome panvertebrale cronica recidivante in disturbi statici della colonna vertebrale (iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa), decondizionamento e sbilancio muscolare; tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli (6 su 18 punti fibromialgici positivi)" (doc. 125 pag. 497). Passando quindi alla valutazione della capacità lavorativa, gli specialisti incaricati hanno stabilito che l'assicurata presenta una totale incapacità lavorativa nell'usuale professione di ausiliaria di cure in una casa per anziani, a decorrere dal 22 marzo 2016, trattandosi sul piano reumatologico di un'attività relativamente pesante. Quanto, invece, alla possibilità per l'interessata di poter svolgere un'attività adeguata, i periti hanno indicato quanto segue: "capacità lavorativa in un'attività adeguata in un'attività rispettosa dei limiti evidenziati, il perito reumatologo concorda con la precedente valutazione peritale effettuata dal dr. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, in data 7.3.2017 e giustifica un'inabilità lavorativa di 1/3, intesa come riduzione del rendimento nell'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, a partire dal 7.3.2017; dall'aprile 2019, con l'insorgere della problematica psichiatrica affettiva, con influsso sulla capacità lavorativa, si valuta una capacità lavorativa, intesa come riduzione del rendimento, pari al 50%." (Doc. 125 pag. 499) I periti hanno tenuto a precisare che "le limitazioni psichiatriche e reumatologiche si vanno ad integrare, in quanto

la patologia affettiva è insorta a seguito dei problemi di salute dal punto di vista somatico, essa comporta una discontinuità ed una riduzione del rendimento” (doc. 125 pag. 499). Esprimendosi riguardo specificatamente agli aspetti legati alla revisione, i periti hanno fornito le seguenti indicazioni: " Rispetto alla situazione documentata negli atti alla base della summenzionata decisione determinante, si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti? Dal punto di vista reumatologico non vi è stata una modificazione dello stato di salute, vi è stata invece una modificazione per quanto riguarda lo stato di salute dal punto di vista psichiatrico, con insorgenza di un quadro affettivo, avente influsso sulla capacità lavorativa e lo sviluppo di un episodio depressivo di grado medio, con necessità di una presa a carico regolare, a partire dall'aprile 2019.” (Doc. 125 pag. 500) Infine, chiamati a pronunciarsi in merito al rapporto sull'accertamento nell'economia domestica, i periti hanno rilevato che “sia dal punto di vista psichiatrico, sia dal punto di vista reumatologico, si conferma il grado di invalidità del 42,5% stimato in corso di inchiesta casalinghe del 2018” (doc. 125 pag. 501). Le conclusioni alle quali sono pervenuti la dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ in sede peritale sono state fatte proprie dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR con rapporto del 31 luglio 2020 (doc. 127). L'assicurata ha contestato le risultanze peritali, basando le proprie obiezioni sulle considerazioni espresse dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel referto del 6 ottobre 2020, nel quale la specialista curante ha considerato che il progetto di decisione con il quale l'amministrazione ha ridotto da intera a mezza la rendita di invalidità spettante all'interessata appaia “incompréhensible au vu du fait que je ne constate pas d'amélioration de l'état clinique qui justifierait un tel changement” (cfr. doc. 141). Con complemento peritale 21 dicembre 2020 la dr.ssa \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, esprimendosi riguardo alle critiche sviluppate dalla specialista curante dell'interessata, prodotte in sede di audizione, hanno confermato la correttezza delle conclusioni peritali, ritenendo che “la nuova documentazione agli atti non è in grado di modificare le conclusioni peritali \_\_\_\_\_ del 29 luglio 2020”. Essi hanno così giustificato il loro apprezzamento: " Presa di posizione del dr. \_\_\_\_\_: “Vi ringrazio per il vostro messaggio elettronico del 4.11.2020, con il quale mi allegate ulteriore documentazione ricevuta dall'Ufficio AI in data 15.10.2020. Rammento di avere valutato questa vostra sopraindicata assicurata in ambito peritale reumatologico specialistico, su vostra richiesta, il 10.2.2020, ponendo le diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa di artrite reumatoide (diagnosi: 2002) con lieve attività infiammatoria residua, fattore reumatoide-, anticorpi anti CCP-, anticorpi antinucleari positivi, decorso articolare erosivo; la signora presentava anche le diagnosi reumatologiche senza conseguenze sulla capacità lavorativa di sindrome panvertebrale cronica recidivante in disturbi statici della colonna vertebrale (iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli con 6 su 18 punti fibromialgici positivi; l'assicurata a quel momento beneficiava di una terapia di fondo con infusioni di Mabthera, da ultimo attuate il 29.11.2019, il 13.12.2019; constatavo il 10.2.2020, come si evince a pag. 15 dello scritto peritale: “vi è dunque, come già al momento della precedente valutazione peritale reumatologica del dr. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ del 7.3.2017, una lieve attività articolare infiammatoria residua”. L'assicurata stessa segnalava (vedasi pag. 8 dello scritto peritale citato) che i dolori accusati non erano sempre presenti, rispettivamente non sempre della stessa intensità. Al momento della valutazione peritale del 10.2.2020 non riconoscevo cambiamenti rilevanti dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione peritale antecedente espletata dal dr.

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il 7.3.2017; analogamente al perito reumatologo dr. \_\_\_\_\_, ritenevo l'assicurata inabile nella misura di 1/3, da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, per un lavoro adatto allo stato di salute, a partire dal 7.3.2017, mentre ritenevo giustificata l'inabilità lavorativa totale per l'ultima professione svolta di ausiliaria di cure in casa per anziani, a decorrere dal 22.3.2016, trattandosi di un'attività relativamente pesante; come casalinga giudicavo l'assicurata, a seguito dei limiti funzionali e di carico da me profilati, a pag. 17 dello scritto peritale, nel capitolo "valutazione di capacità, risorse e problemi", abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, con una diminuzione del rendimento del 30%, sempre a partire dal 7.3.2017. Mi è stata trasmessa in allegato l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica redatta l'8.9.2020 che giunge alla conclusione che, per il totale delle attività, vi è una percentuale di invalidità del 34.54%, giudizio che risulta simile a quello medico teorico del sottoscritto, inerente all'attività di casalinga. La signora RI 1 è stata rivalutata dal suo reumatologo curante dr.ssa \_\_\_\_\_ presso il servizio di reumatologia dell'Ospedale universitario di \_\_\_\_\_ il 25.9.2020; la collega di specialità giungeva alle diagnosi reumatologiche riportate dal sottoscritto nel rapporto peritale del 15.2.2020, indicando che alla visita del settembre 2020 vi era una persistenza delle artralgie e delle artriti, a quel momento soprattutto al polso destro; la reumatologa nella discussione menzionava una situazione stabile con persistenza di una certa attività infiammatoria della malattia malgrado il trattamento con Mabthera e Metotressato; la sua paziente accusava artralgie alle grandi e piccole articolazioni, presentando una sinovite unicamente al polso; malgrado questo decorso, la signora RI 1 indicava alla reumatologa di volere diminuire il dosaggio del Mabthera, tenendo anche conto della situazione di pandemia da Coronavirus, a 500 mg ogni 6 mesi; la collega descrive anche dolori al rachide di insorgenza recente, parlava pure di una scoliosi, patologie, come menzionato sopra, riportate nella diagnosi peritale reumatologica. In sintesi, la documentazione medica prodotta successivamente alla valutazione peritale reumatologica del sottoscritto del 10.2.2020, non apporta, dal lato strettamente reumatologico, elementi oggettivi nuovi rilevanti, in grado di modificare la valutazione delle risorse fisiche dell'assicurata e quindi della sua capacità lavorativa. Va comunque osservato che la decisione della reumatologa curante di volere ridurre il dosaggio del Mabthera ad un'applicazione da 500 mg in infusione una volta ogni 6 mesi, su desiderio dell'assicurata, vista anche la pandemia in corso, sapendo che la posologia standard per la cura della malattia è di 2x1000 mg a distanza di 2 settimane ogni 6 mesi, porterà molto probabilmente, a corto medio termine, ad una riattivazione della malattia articolare infiammatoria con conseguente inabilità lavorativa totale, per ogni tipo di lavoro, per cui attendo con interesse gli esiti della visita di decorso del 6.11.2020 presso il servizio di reumatologia del \_\_\_\_\_." Presa di posizione della dr.ssa \_\_\_\_\_: "nelle osservazioni al progetto di assegnazione di rendita del 11.9.2020, \_\_\_\_\_ contesta l'inizio dell'incapacità lavorativa psichiatrica al 50% dall'aprile 2019, ritenendo che essa dovesse partire dal 30.1.2020, data della prima visita peritale e che si dovesse invece tenere in considerazione un'incapacità lavorativa completa come attestato dal medico curante dr. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 28.9.2019. Tengo a precisare che nel suo rapporto del 28.8.2019 il dr. \_\_\_\_\_ segnalava la presenza di un'incapacità lavorativa del 100% da anni nonostante una presa a carico avvenuta dall'aprile 2019. La mia decisione di aver stabilito l'inizio dell'incapacità lavorativa al 50% dall'inizio della presa a carico psichiatrica e non dal momento della

perizia si basa sulla valutazione del quadro clinico, del trattamento farmacologico impostato, oltre che la raccolta anamnestica descritta in perizia, che non hanno evidenziato limitazioni tali da considerare una perdita completa della capacità lavorativa esclusivamente per questioni psichiatriche. Per quanto riguarda l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica dell'8.9.2020, vedo che nei paragrafi "pasti" si cita una discontinuità rispetto alla problematica reumatologica (non è chiaro se è stata considerata anche la limitazione psichiatrica), nella "pulizia e ordine dell'alloggio" è stata considerata la patologia psichiatrica così anche negli "acquisti e altre commissioni", mentre non è chiaro se la discontinuità nel "bucato e cura vestiti", dato che si parla genericamente di "giorni positivi". Nella "cura e assistenza ai figli e/o familiari" si tengono in considerazione la mancanza di mantenere l'attenzione e la concentrazione, ma non viene citata se la discontinuità dettata dalla patologia psichiatrica possa o meno influire ulteriormente nell'accudimento e nel sostegno della figlia. Per tali motivi non posso prendere posizione riguardo all'inchiesta casalinga." (Doc. 150 pagg. 5-8) Stanti tali considerazioni da parte dei periti, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, con annotazione del 24 dicembre 2020, ha confermato la correttezza del precedente rapporto SMR del 31 luglio 2020 (doc. 151). 2.9. Con il ricorso, l'assicurata ha ancora una volta criticato la decisione presa dall'amministrazione di riduzione della rendita in corso, escludendo categoricamente che possa essere subentrato un miglioramento della propria patologia artritica. A comprova di ciò, ella ha prodotto un nuovo referto della specialista reumatologa curante, datato 9 febbraio 2021, nel quale la dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo avere esposto l'evoluzione della malattia infiammatoria, ha concluso che, contrariamente a quanto sostenuto dall'Ufficio AI, non vi è stato, nonostante un cambiamento di terapia, alcun tipo di miglioramento dello stato di salute dell'interessata, ma, anzi, un peggioramento dello stesso. Alla luce di tali evidenze, la specialista curante ha, quindi, chiesto all'Ufficio AI di volere rivedere la decisione di riduzione della rendita di invalidità, a suo avviso inappropriata, per le seguenti ragioni: " Madame RI 1 m'a fait parvenir la lettre contenant la décision de l'AI concernant sa rente. Notamment, la rente a été diminuée d'une rente complète à une demi rente sur la base d'une notion d'amélioration de l'état de santé de la patiente à partir du mois d'avril 2019. Toutefois, selon les informations qui se retrouvent dans mes rapports de consultation, ci-annexés, il n'y a pas d'amélioration de l'état de santé de Madame RI 1, ce malgré un changement de traitement, avec persistance des douleurs polyarticulaires dû à la polyarthrite rhumatoïde, ainsi que l'apparition de nouvelles plaintes, comme par exemple au niveau du genou gauche et au niveau du rachis. Comme mentionné dans ma lettre du 2.4.2019, la patiente présentait à ce moment des arthrites de plusieurs MCP, IPP et des chevilles. Un ultrason du pied gauche du 11.6.2019 a montré notamment des arthrites des MTP 2-4. Madame RI 1 a développé également des douleurs articulaires persistantes, s'aggravant suite aux mouvements, surtout au niveau du genou gauche et du poignet gauche, MCP ddc, ainsi que parfois des douleurs de l'épaule droite, malgré le traitement de MabThera et méthotrexate. De temps en temps, la patiente nécessite également la prise de Prednisone, plus rarement des injections i. m. de Diprophos. Également, Mme RI 1 a développé des rachialgies dans le courant de l'année 2020, en aggravation, avec une investigation par le médecin traitant par une radiographie et prescription de physiothérapie. On ne peut donc en aucun cas parler d'une amélioration, mais devant l'évidence, il faut parler d'une péjoration de l'état de santé de Madame RI 1. De ce fait, je vous prie donc de bien vouloir réévaluer votre décision de diminution de rente, inappropriée dans ce cas." (Doc. A2). L'assicurata ha pure trasmesso, a supporto delle proprie pretese, un referto dell'11 febbraio 2021 del suo medico curante, dr. \_\_\_\_\_,

FMH medicina generale e medicina manuale. Quest'ultimo ha, in particolare, rilevato quanto segue: " (...) Conclusione La signora RI 1 segue una regolare fisioterapia ma senza alcun beneficio. Nell'ultimo anno ha dovuto recarsi a varie riprese al PS dell' \_\_\_\_\_ per artralgie e mialgie a livello della colonna toraco-lombare. Non vedo alcun documento dove viene certificato il miglioramento del suo stato di salute oltre nelle perizie dell'AI. La mia affermazione viene confermata anche da parte degli specialisti del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ che hanno sicuramente una maggiore esperienza nella presa a carico dei pazienti affetti da malattie reumatologiche e di conseguenza nella valutazione di una capacità lavorativa a lungo termine. Infatti come ho già scritto prima, la sua reumatologa curante dr.ssa \_\_\_\_\_ ha affermato che la signora RI 1 è inabile al lavoro nella misura completa. Da prendere in considerazione anche la sfera psichica della paziente. Nella documentazione non ho trovato nulla a riguardo, ella è seguita regolarmente dal Servizio psichiatrico. I dolori costanti, sovraccarico familiare, impossibilità di svolgere le faccende quotidiane, hanno peggiorato il suo stato psichico." (Doc. A3) In corso di causa, l'assicurata ha, poi, prodotto il certificato del 22 febbraio 2021 redatto dal suo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_. Quest'ultimo ha sottolineato come l'analisi globale delle patologie dell'interessata e l'evoluzione delle stesse porti a concludere come vi sia stato un peggioramento dello stato di salute. In particolare, il dr. \_\_\_\_\_ ha così giustificato il proprio apprezzamento: " (...) La paziente viene da anni seguita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, medico aggiunto del prestigioso ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che ha visitato negli anni a più riprese la paziente, quindi con una conoscenza clinica pluriennale concernente anche l'evoluzione del quadro clinico che come già citato dal dr. \_\_\_\_\_ ha un "andamento altalenante" (vedere il paziente in diverse occasioni e per lungo periodo dona a livello clinico una conoscenza longitudinale e più completa, rispetto a una visita di 75 minuti in un solo incontro...). Sulla base di queste considerazioni di natura clinica, sull'osservazione e la cura della paziente, sulla base della lettura degli atti clinici, ritengo che lo stato di salute della paziente sia, a partire dall'aprile 2019 peggiorato e pertanto l'inabilità lavorativa è totale. Solo per lavori che tengono conto sia delle limitazioni fisiche che psichiche, la paziente potrebbe essere impiegata 1 o 2 ore al dì, ma data la natura "altalenante" e "ricorrente" delle due malattie (artrite reumatoide e depressione) dubito che si possa trovare un'attività professionale confacente, per un reintegro lavorativo parziale della stessa." (Doc. B) Chiamati dall'Ufficio AI a prendere posizione riguardo alla documentazione medica prodotta dalla ricorrente, con complemento peritale del 1° aprile 2021, il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ hanno sviluppato le seguenti considerazioni: " Presa di posizione della dr.ssa \_\_\_\_\_: "nel certificato medico del dr. \_\_\_\_\_, psichiatria e psicoterapia, membro FMH 22.02.2021 non vengono riportati nuovi elementi psicopatologici e di decorso che possano modificare la mia perizia. Non entro in linea di merito rispetto alle osservazioni sull'andamento della CL in ambito reumatologico che lascio discutere al collega dr. \_\_\_\_\_. Ho letto la presa di posizione del sig. \_\_\_\_\_ del 14.1.2021, nella quale viene ulteriormente spiegato che aveva considerato le limitazioni dettate da una discontinuità delle attività varie come casalinga che sono compatibili non solo con la problematica reumatologica ma anche psichiatrica anche nella cura della minore. Sul piano psichiatrico non vi sono nuovi elementi che modifichino la valutazione peritale, che esula dal calcolo economico misto." Presa di posizione del dr. \_\_\_\_\_: "(...) Sulla scorta della nuova documentazione giunta, il servizio medico regionale dell'Ufficio AI del Canton Ticino, per mano del dr. \_\_\_\_\_, il 4.3.2021 scriveva al servizio di accertamento medico richiedendo una precisazione a riguardo

dell'andamento dello stato di salute dell'assicurata, rispettivamente l'altalenante risposta terapeutica della stessa alle terapie somministrate, con conseguenza di periodi di inabilità lavorativa totale; il dr. \_\_\_\_\_ chiedeva inoltre se nel periodo che intercorreva tra la perizia del dr. \_\_\_\_\_ del 7.3.2017 e le perizie richieste dal servizio di accertamento medico, in particolare quella reumatologica del 15.2.2020, non vi fosse stato un periodo nel quale l'artrite reumatoide era in una fase attiva ed invalidante tale da rendere l'assicurata inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività. In merito va osservato che già al momento della valutazione peritale reumatologica antecedente espletata dal dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il 7.3.2017, su incarico di \_\_\_\_\_, il perito osservava che l'evoluzione nel corso degli anni era stata altalenante con modifiche della farmacoterapia, resesi necessarie in parte per gli effetti collaterali ed in parte per inefficacia delle cure, ciò che si traduceva nella necessità di assumere corticosteroidi perorali e di beneficiare di iniezioni intraarticolari con corticosteroidi; successivamente a questa visita peritale reumatologica del 7.3.2017 l'andamento dello stato di salute inerente alle patologie di stretta competenza reumatologica, con implicazioni sulla capacità lavorativa, è rimasto altalenante; di conseguenza non posso escludere che l'assicurata, nel periodo citato, abbia potuto presentare periodi di inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività. Il 10.2.2020 riscontravo un quadro clinico oggettivo analogo a quello riscontrato dal collega di specialità dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il 7.3.2017, confermando una lieve attività articolare infiammatoria; di conseguenza non ho potuto giungere a conclusioni sostanzialmente differenti da quelle tratte dal dr. \_\_\_\_\_; ho comunque riconosciuto l'assicurata, per l'ultima attività lavorativa di ausiliaria di cure in una casa per anziani, inabile al lavoro al 100% dal 22.3.2016, trattandosi di un'attività relativamente pesante; analogamente al perito reumatologo dr. \_\_\_\_\_ ho giudicato l'assicurata inabile al lavoro nella misura di 1/3, da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, per un'attività adatta allo stato di salute, tenendo pienamente conto anche del fatto che la malattia articolare infiammatoria non risultava completamente silente; come casalinga giudicavo l'assicurata, a seguito dei limiti funzionali e di carico profilati, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, ma con una diminuzione del rendimento del 30%, calo del rendimento che teneva appunto anche conto dell'attività articolare infiammatoria residua; ad una simile valutazione era poi giunta anche l'inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica, redatta l'8.9.2020." In conclusione, la patologia reumatologica ha presentato un andamento di decorso che è rimasto altalenante con ripercussione anche sulla capacità lavorativa; di conseguenza, il perito reumatologo non può escludere che l'assicurata, nel periodo citato, abbia potuto presentare periodi di inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività." (Doc. VIII/3). Con annotazione del 6 aprile 2021, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha ritenuto che, viste le considerazioni del dr. \_\_\_\_\_, l'assicurata abbia presentato, successivamente alla perizia del dr. \_\_\_\_\_ del 7 marzo 2017, un periodo di totale inabilità lavorativa in qualsiasi attività dal mese di giugno 2017 al mese di aprile 2019, dopodiché, come indicato nell'annotazione SMR del 26 marzo 2021, "l'attività artritica è rientrata relativamente sotto controllo terapeutico dopo l'introduzione nel 2019 della terapia di Mabthera in combinazione con Metotrexato". Per tale ragione, il dr. \_\_\_\_\_ ha quindi confermato il rapporto medico SMR del 31.7.2020 (cfr. doc. VIII/2). L'assicurata ha criticato anche questa presa di posizione del SMR, così come le considerazioni espresse nel complemento peritale del 1° aprile 2021 dal dr. \_\_\_\_\_, trasmettendo al TCA un ulteriore referto della dr.ssa \_\_\_\_\_, datato 22 aprile 2021, del seguente tenore: " Je

prends position par rapport à la réponse de l'AI, qui fait suite au recours du 15 février 2021 de Madame RI 1 contre leur décision du 18 janvier 2021. J'aimerais préciser que, même si je n'ai plus établi des certificats d'incapacité de travail, puisque la patiente n'avait plus de travail, je peux toutefois attester qu'entre le 7 mars 2017 et le 15 février 2020 la patiente présentait régulièrement des incapacités totales de travail dans son activité habituelle, comme dans toutes autres activités, à cause de sa maladie très active. En ce qui concerne mon rapport du 6 octobre 2020 dans lequel j'affirme que la patiente a une capacité de travail qui se situe entre 20 et 30% dans une activité adaptée, je précise qu'il s'agissait d'une période légèrement plus calme de la maladie, mais, globalement, Madame RI 1 garde une incapacité complète pour tout travail, au vu du fait que les périodes plus calmes de la maladie sont très rares. Dans ce contexte, je soutiens l'avis que chez Madame RI 1 on ne peut pas constater une amélioration durable qui lui permettrait une quelconque reprise de travail, même adaptée.” (Doc. XII/1) Con annotazione del 3 maggio 2021, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha ancora una volta confermato la correttezza del rapporto medico SMR del 31 luglio 2020 e le successive annotazioni SMR del 26 marzo 2021 e del 6 aprile 2021, rilevando che il referto del 22 aprile 2021 della dr.ssa \_\_\_\_\_ “conferma quanto da noi attestato, rispettivamente che la malattia artritica presenta momenti di remissione parziale nella quale l'assicurata 45enne presenta una residua capacità lavorativa in attività adeguata molto leggera” (doc. XIV/1). In un ulteriore referto del 18 maggio 2021, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato che la visita dell'assicurata è stata fissata per il 24 settembre 2021 (doc. XVIII/2). Con annotazione del 28 maggio 2021 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha riconfermato quanto indicato nel rapporto medico SMR del 31 luglio 2020 e successive annotazioni SMR (doc. XVIII/1).

2.10. 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; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.11. Chiamato a pronunciarsi, dopo attenta disamina della documentazione medica all'incanto e alla luce delle molteplici, approfondite e dettagliate spiegazioni fornite dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ - specialista proprio nella materia d'interesse e che segue regolarmente da anni l'interessata in qualità di reumatologa curante presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ - questo Tribunale non concorda con la valutazione dei periti (e in particolar modo il dr. \_\_\_\_\_), poi condivisa dal medico del SMR, di un preteso miglioramento delle condizioni di salute dell'interessata che sarebbe subentrato, dal profilo reumatologico, rispetto al passato. Il TCA ritiene, a tale riguardo, pienamente convincenti le motivazioni esposte, a più riprese e in maniera articolata, dalla specialista curante, per dimostrare come, al contrario, nonostante quanto constatato dal perito reumatologo dr. \_\_\_\_\_, in realtà, nel caso di specie, non si sia verificato alcun miglioramento della patologia reumatologica che affligge da lungo tempo l'assicurata. La dr.ssa \_\_\_\_\_, difatti, ha rilevato come l'artrite reumatoide dell'interessata abbia un andamento altalenante, con solo alcuni momenti nei quali la malattia risulta relativamente più calma - ciò che astrattamente consentirebbe una minima capacità lavorativa - ma, di fatto, talmente rari da impedire qualsiasi sfruttabilità sul mercato del lavoro, neppure in un'attività adatta (cfr. in particolare il doc. XII/1). Il TCA reputa tali considerazioni affidabili e convincenti. Le stesse, inoltre, appaiono tanto più fondate, ritenute come già il dr. \_\_\_\_\_, nel referto peritale del 7 marzo 2017, avesse ritenuto incerta la prognosi, proprio alla luce dell'evoluzione altalenante e imprevedibile della patologia dell'assicurata, tendenzialmente progrediente, non potendo escludere nel prosieguo maggiori ripercussioni sulla capacità lavorativa rispetto a quanto da egli constatato al momento dell'esame peritale (cfr. doc. 186). Cosa

che, poi, si era immediatamente realizzata, tanto è vero che lo stesso Ufficio AI, con annotazione del 12 giugno 2018, distanziandosi dalla valutazione del dr. \_\_\_\_\_, aveva riconosciuto come a partire dal mese di giugno 2017 l'assicurata fosse da considerare totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività, tenuto conto della persistenza della patologia attestata dalla reumatologa curante, dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 79). Quanto sostenuto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ a proposito del carattere altalenante della patologia dell'interessata è stato, del resto, pure condiviso dal dr. \_\_\_\_\_ nel complemento peritale del 1° aprile 2021. In tale occasione, difatti, il perito reumatologo, chiamato dal medico del SMR ad esprimersi dettagliatamente a proposito dell'evoluzione della patologia reumatoide dell'assicurata dopo la visita peritale del dr. \_\_\_\_\_ e fino al momento della propria valutazione, ha confermato che "successivamente a questa visita peritale reumatologica del 7.3.2017 l'andamento dello stato di salute inerente alle patologie di stretta competenza reumatologica, con implicazioni sulla capacità lavorativa, è rimasto altalenante; di conseguenza non posso escludere che l'assicurata, nel periodo citato, abbia potuto presentare periodi di inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività" (cfr. doc. VIII/3). Anche alla luce di questo complemento peritale del dr. \_\_\_\_\_, il TCA reputa che la valutazione della capacità lavorativa residua dell'assicurata in attività adatte posta dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto peritale del 29 luglio 2020 (a sua volta alla base della decisione di riduzione a metà della rendita intera di invalidità in corso) non possa rappresentare, diversamente da quanto preteso dall'amministrazione, un miglioramento duraturo, ma semmai episodico, come credibilmente stabilito dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. Ciò è, del resto, come visto, quanto già verificatosi al momento della precedente valutazione del dr. \_\_\_\_\_, subito superata, conformemente alle indicazioni della specialista reumatologa curante, lasciando posto ad una totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività. Pertanto, posto come tutti gli elementi sopra analizzati convergano ed avvalorino la tesi strenuamente sostenuta dalla reumatologa curante (il cui valore appare pienamente probante, anche in virtù della lunga osservazione della paziente da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ su un arco di tempo prolungato (cfr. sul tema Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009 e riferimenti, tuttora in vigore, come ricordato ad es. in STF 8C\_168/2019 del 9 settembre 2019, mettendo comunque in rilievo anche la differenza esistente tra mandato di cura e mandato peritale; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124)), il TCA non può concludere che, nel caso di specie, lo stato di salute dell'assicurata abbia presentato un durevole miglioramento della capacità lavorativa rispetto alla precedente decisione, tale da potere giustificare la riduzione della rendita. Per tali ragioni, l'assicurata deve conseguentemente continuare ad essere ritenuta inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività. In tale contesto risulta superfluo esaminare, quindi, l'incidenza della patologia psichiatrica sulla capacità lavorativa, già nulla per ragioni somatiche. Grado d'invalidità quale casalinga 2.12. 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. 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: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica comprendono le seguenti attività usuali: 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, rammendare, pulire le scarpe) 20 5. Cura e assistenza ai figli e/o ai familiari\* 50 \*

Nella cerchia dei familiari rientrano il coniuge, il partner registrato o il convivente di fatto (partner) dell'assicurato. Sono considerati familiari anche tutti i parenti in linea retta con l'assicurato o il suo coniuge/partner e i minori accolti nella famiglia a scopo di affiliazione. " Le cifre 3088 e 3089 CIGI dispongono: " Di norma, vanno applicati la ripartizione delle attività e i rispettivi limiti massimi di cui al N. 3087. Devono sempre essere prese in considerazione tutte le attività (ad eccezione del n. 5). Si può procedere a una ponderazione diversa soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (I 469/99; RCC 1986 pag. 244). In ogni caso il totale delle attività dev'essere sempre del 100 per cento (Pratique VSI 1997 pag. 298). [...] (esposto un esempio)

Nell'ambito della determinazione delle limitazioni nelle mansioni consuete a seguito del danno alla salute non si può tenere conto dei servizi forniti all'assicurato nell'economia domestica da terzi (p. es. familiari, vicini, personale ausiliario), gratuitamente o a pagamento, già prima dell'insorgere del danno alla salute. Questi servizi non vanno dunque considerati né nell'elenco delle attività, né per la ponderazione di queste ultime e nemmeno per la determinazione delle limitazioni." Infine, la cifra 3090 CIGI prevede: " In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona attiva nell'economia domestica deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati, N. 1048 e 3044 segg.). Un maggiore dispendio di tempo può essere riconosciuto soltanto se l'assicurato non è in grado di svolgere la totalità dei lavori domestici durante il normale orario di lavoro e necessita dunque dell'aiuto di terzi (RCC 1984, pag. 143, consid. 5). L'interessato deve inoltre ripartire il suo lavoro in funzione della nuova situazione e ricorrere all'aiuto dei familiari. L'aiuto di questi ultimi va oltre quello usuale che ci si potrebbe attendere da loro qualora l'assicurato non avesse subito un danno alla salute (DTF 133 V 504, consid. 4.2). L'inadempienza parziale o totale dell'obbligo di ridurre il danno da parte dell'assicurato ha conseguenze per la determinazione delle limitazioni nelle varie attività." Il Tribunale federale 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 – strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica – è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STF I 681/02 dell'11 agosto 2003 e I 685/02 del 28 febbraio 2003).

2.13. Nel caso concreto, l'amministrazione ha proceduto ad una nuova inchiesta domiciliare concludente per un impedimento del 34,54% per l'attività di casalinga (doc. 131), poi confermata con rapporto complementare del 14 gennaio 2021, redatto dall'assistente sociale in sede di audizione, dopo aver preso conoscenza delle osservazioni presentate nei confronti del progetto di decisione dell'11 settembre 2020 (doc. 153). Rispetto alla precedente inchiesta del 13 aprile 2018 vi è stato un leggero miglioramento, visto che il grado d'impedimento era stato definito allora nella misura del 42.5% (doc. 88). L'assicurata ha contestato la valutazione dell'assistente sociale, dettata, a suo parere, dall'erronea considerazione che presso la sua abitazione non fosse più presente una domestica (doc. I). Tale obiezione non necessita di essere ulteriormente approfondita, poiché ininfluente sull'esito della vertenza. Infatti, tenuto conto della incontestata ripartizione tra attività salariata (60%) e mansioni casalinghe (40%), alla luce di un grado d'invalidità parziale in attività lucrativa del 60% (60% di 100%) e di un grado d'invalidità parziale quale casalinga - sia del 13,81% (40% di 34,54%) come stabilito con la decisione contestata, sia del 17% (40% di 42,50%) definito nella precedente pronuncia - in entrambi i casi il grado d'invalidità globale supera la percentuale del 70%, la quale conferisce il diritto ad una rendita intera di invalidità.

2.14. Da ultimo, l'assicurata ha chiesto che le venga concesso un "aiuto domiciliare pagato dagli istituti sociali". Nella misura in cui, con tale richiesta, essa chiede di poter beneficiare di un contributo per l'assistenza ai sensi dell'art. 42 quater LAI (trattasi in sostanza di un finanziamento volto a coprire i costi derivati dall'assunzione di personale assistenziale), la questione non può essere esaminata dallo scrivente Tribunale in quanto, nel merito, l'Ufficio AI non si è espresso mediante l'emissione di una decisione formale soggetta a ricorso. Secondo costante giurisprudenza federale la decisione impugnata costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (fra le tante cfr. STF 9C\_775/2019 del 26 maggio 2020 consid. 1.1.; STF 8C\_722/2018 del 14 gennaio 2019 consid. 2.1.; DTF 131 V164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a). Non essendoci, quindi, sul tema, una decisione formale, su questo punto il ricorso non è ricevibile. Spetterà all'amministrazione determinarsi in merito alla succitata richiesta.

2.15. Visto quanto sopra, la rendita intera va ripristinata con effetto dal 1° marzo 2021, ossia dal secondo giorno successivo la decisione di riduzione della rendita (cfr. art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). Ne consegue l'annullamento della decisione contestata e l'accoglimento del ricorso.

2.16. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a

prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 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). Vista la soccombenza dell'Ufficio AI, le spese di fr. 500 sono poste a suo carico.

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