

# **TI\_GERICHTE 32.2022.77 vom 29. September 2022**

TI Tribunale d'appello, 2022-09-29, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2022.77](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.77)

FR: TI\_GERICHTE 32.2022.77 du 29 septembre 2022

IT: TI\_GERICHTE 32.2022.77 del 29 settembre 2022

## **Regeste**

Soppressione in via di revisione di una rendita. Conferma della perizia pluridisciplinare e del grado d'invalidità non pensionabile. Tuttavia rinvio degli atti all'Ufficio AI per accertare l'effettiva esigibilità lavorativa dell'assicurata che da oltre 15 anni ha percepito una rendita intera

## **Erwägungen**

### **E. 24**

luglio 2023

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Marco Bischof, vicecancelliere

segretaria:

Stefania Cagni

statuendo sul ricorso del 7 novembre 2022 di

RI 1

contro

la decisione del 29 settembre 2022 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

1.5. Con la risposta di causa l'Ufficio AI ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione contestata. In allegato ha prodotto le osservazioni 25 gennaio 2023 del \_\_\_\_\_ in merito alla documentazione medica prodotta con il ricorso, dove il perito psichiatra ha sostanzialmente confermato la propria valutazione nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 12 novembre 2021.

1.6. Il 23 febbraio 2023 l'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione d'ordine psichiatrico (rapporto 17 febbraio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ sulla presa di posizione del dr. \_\_\_\_\_; scritto 21 febbraio 2023 della psicologa \_\_\_\_\_) e somatico (referti 27 settembre 2021, 15 ottobre 2021, 16 e 24 gennaio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ attivo presso \_\_\_\_\_; rapporto 23 gennaio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ del Centro di Otorinolaringoiatria e rapporto 24 novembre 2022 del dr. \_\_\_\_\_ con test di valutazione vestibolare), ribadendo la tesi ricorsuale (XII).

1.7. Con scritto 17 aprile 2022 l'Ufficio AI, allegate le osservazioni 11 aprile 2023 del \_\_\_\_\_ in merito ai nuovi atti prodotti, ha chiesto la conferma della decisione contestata (XVI).

1.8. Infine, l'assicurata ha prodotto il rapporto 9 maggio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ relativo ad una operazione alla mano sinistra (XX).

considerato in diritto

In concreto, la rendita intera è stata soppressa con effetto dal 1° agosto 2019, prima dell'entrata in vigore della modifica legislativa e quindi è applicabile il diritto in vigore sino al 31 dicembre 2021.

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b).

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n.

264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

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.

#### **E. 27**

cpv. 2 vOAI, abrogato dal 1° gennaio 2022, stabiliva 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 (UFAS) 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 - 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 al 31 dicembre 2021, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale.

Dal 1° gennaio 2022 essa è stata sostituita dalla Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI).

2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid.1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2022, art. 28a n. 227, pag. 375).

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).

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).

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/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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).

In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti.

Grado d'invalidità globale

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il presidente

La segretaria

Daniele Cattaneo

Stefania Cagni

## **E. 31**

dicembre 2021. 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata,

cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46 ). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.3. Se, però, un assicurato maggiorenne non

esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno ( metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, precisava 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. L'art. 27 cpv. 2 vOAI, abrogato dal 1° gennaio 2022, stabiliva 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 (UFAS) 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 al 31 dicembre 2021, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale. Dal 1° gennaio 2022 essa è stata sostituita dalla Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre

1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivamente (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018,

consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.5.

Ritornando al caso in esame, l'assicurata è stata considerata salariata nella misura del 62% e senza attività lucrativa per il restante 38%. Tale ripartizione è rimasta incontestata e del resto è stata da ultimo confermata nell'ambito dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica di cui al rapporto 24 giugno 2022 (doc. 299). Oggetto del contendere è sostanzialmente il miglioramento della capacità lavorativa quale salariata fatto risalire dall'Ufficio AI all'8 febbraio 2016, corrispondente al rapporto della perizia \_\_\_\_\_ del 2016 (cfr. consid. 1.2) e confermata con perizia 12 novembre 2021 (cfr. consid. 1.3). Grado d'invalidità quale salariata 2.6. Dopo il rinvio degli atti da parte del TCA con sentenza del 9 giugno 2022 (STCA 32.2019.142), l'Ufficio AI ha conferito mandato al \_\_\_\_\_ di allestire una nuova perizia pluridisciplinare. Dal rapporto datato 12 maggio 2020 (doc. 231) risulta che i periti, oltre ad aver proceduto ad una valutazione internistica hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne di natura reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) e neurologica (dr. \_\_\_\_\_). Dopo aver esposto la consueta anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), i disturbi soggettivi e le affezioni attuali e dopo aver proceduto alla descrizione della giornata e continuato con le constatazioni obiettive, i periti, fondandosi su un'esauriente discussione, hanno posto le seguenti diagnosi, sostanzialmente le stesse rilevate nella precedente perizia 8 febbraio 2016 ossia, con ripercussione sullo capacità lavorativa: stato dopo intervento chirurgico di artroscopia alla mano sinistra, con artroplastica con innesto di protesi al pirocarbonio ATM a sinistra per una rizartriosi sin. il 10.6.2014; sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4). Quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: sindrome fibromialgica di tipo primario; sindrome algica diffusa non spiegata da patologia neurologica; cefalea di tipo tensivo; accentuazione di tratti di personalità (ICD10-Z73.1); otosclerosi bilaterale in stato da timpanotomia esplorativa sin. e stapidotomia sin. (3.3.2015)" (doc. 285, pag. 915). In merito alle limitazioni dovute alle suddette affezioni, i periti del \_\_\_\_\_ hanno rilevato: "(...) C Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi Per quanto riguarda le patologie reumatologiche, il nostro consulente descrive che l'A. presenta, come già nel 2015, una leggera riduzione della forza alla chiusura del pugno della mano sin., con una certa difficoltà nell'utilizzo della mano sin. soprattutto nel tenere oggetti pesanti e nello svolgere lavori manuali fini. I disturbi diffusi all'apparato muscoloscheletrico non sono determinanti per quanto riguarda limitazioni funzionali dal punto di vista reumatologico. Per il nostro consulente in neurologia, dal suo punto di vista specialistico vi è una capacità lavorativa piena sia nell'attività da ultimo svolta che in altre attività, non vi sono requisiti particolari per un'attività proponibile. Secondo il nostro consulente in psichiatria si giustifica un'incapacità lavorativa nella misura del 50% (intesa come riduzione del rendimento) sia nell'attività da ultimo svolta che in altre attività perché i sintomi presenti, di

tipo depressivo, sommati ai dolori somatoformi, determinano un'energia ed una persistenza ridotte. A prescindere dalle valutazioni allegare in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico, le altre diagnosi internistiche non comportano una limitazione della capacità lavorativa.” (doc. 285 pag. 952) Dopo discussione degli aspetti della personalità eventualmente rilevanti (punto D della perizia) e dei fattori di stress e risorse, i periti hanno in seguito proceduto alla verifica della coerenza dei dati: " Per il consulente in reumatologia non vi sono segni di aggravazione: i dolori vanno comunque inquadrati nell'ambito di una sintomatologia dolorosa cronica in relazione con un quadro di tipo fibromialgico a carattere primario. Per il consulente in neurologia i reperti neurologici sono coerenti, sottolineando il fatto che i dolori dell'A. non sono spiegabili dal punto di vista neurologico. Il consulente in psichiatria descrive che l'A. è stata onesta nelle risposte che ha fornito al perito, si è potuto quindi notare che il processo di esagerazione dei sintomi non è volontario, ma è inconsapevole L'A. percepisce ed interpreta come estremi dei disturbi che in realtà, concretamente, la limitano solo in parte, mentre in parte sono superabili.” (doc. 285 pag.953) I periti hanno concluso per un'” incapacità lavorativa globale del 50% sia nell'attività da ultimo svolta che in altre attività che già era stata determinata nella precedente perizia medica interdisciplinare \_\_\_\_\_ dell'8.2.2016, percentuali valide sino ad oggi e continua (tranne incapacità lavorativa totale in qualunque atti durante i ricoveri)” (doc. 285 pag. 954). Come detto, l'assicurata contesta la valutazione medico-teorica del \_\_\_\_\_ in special modo la perizia psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_, ritenendo dato un peggioramento dello stato di salute giustificante un'incapacità lavorativa almeno del 60%. A sostegno della propria tesi, la ricorrente ha prodotto lo scritto 11 ottobre 2022 della psicologa \_\_\_\_\_ e la presa di posizione 31 ottobre 2022 dello psichiatra dr. \_\_\_\_\_, già estensore di una perizia di parte esaminata dal TCA nella precedente vertenza. In merito alla perizia del dr. \_\_\_\_\_, l'assicurata ritiene data un'incapacità lavorativa di almeno del 60%. In allegato alla risposta di causa l'amministrazione ha prodotto le osservazioni 25 gennaio 2023 del \_\_\_\_\_ alla documentazione medica prodotta con il ricorso. Il 23 febbraio 2023 l'assicurata ha prodotto ulteriore documentazione d'ordine psichiatrico (rapporto 17 febbraio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ sulla presa di posizione del dr. \_\_\_\_\_; scritto 21 febbraio 2023 della psicologa \_\_\_\_\_) e somatico (rapporto 23 gennaio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ e rapporto 24 novembre 2022 del dr. \_\_\_\_\_), ribadendo la propria tesi ricorsuale. Infine, con scritto 11 maggio 2023 la ricorrente ha allegato il rapporto 9 maggio 2023 del dr. \_\_\_\_\_.

2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2022, art. 28a n. 227, pag. 375). 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/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). 2.8. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato dal \_\_\_\_\_, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 12 novembre 2021, poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti. 2.8.1. Per quel che concerne la valutazione psichiatrica, nella dettagliata perizia del 24 febbraio 2021 il dr. \_\_\_\_\_, dopo aver visto l'assicurato due volte (l'8 e il 24 febbraio 2021), riportato un estratto degli atti relativi alla sfera psichiatrica e le constatazioni obiettive, ha diagnosticato, con ripercussione sulla capacità lavorativa, una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4). Ha poi proceduto a due test psicologici complementari: SIMS (Structured

Inventory of Malingered Symptomatology) e SIRS-2 (Structured Interview of Reported Symptoms 2). Nel primo, a mente del perito, il punteggio total SIMS “ suggerisce che vi sia stata una sensibile esagerazione nella segnalazione della sintomatologia ” (doc. 285 pag. 992), mentre nel secondo test è stato rimarcato che l’assicurata rientra in quella categoria con “ probabilità di simulazione elevata, anche se “il caso deve essere meglio definito facendo capo ad ulteriori apprezzamenti” (doc. 295 pag. 993). Nell’ambito della valutazione, il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che rispetto alla perizia del 2016 “non si sono osservati dei miglioramenti oggettivi, bensì uno stato di salute stazionario, così come attestato dai curanti” , confermando, oltre le diagnosi poste a quell’epoca, l’inabilità lavorativa del 50% (doc. 285 pag. 996), da intendere come riduzione di rendimento in un’attività a tempo pieno. Nel rapporto 31 ottobre 2022 il dr. \_\_\_\_\_, seppur non riscontrando modifiche delle diagnosi poste, sostiene che: " Il lungo tempo trascorso dal 2016 ad oggi ha evidenziato come il quadro psicopatologico della signora RI 1 sia rimasto invariato, riducendo però le sue capacità reattive. Pertanto è andata incontro ad un aumento della sua disabilità lavorativa, pur con una psicopatologia che è rimasta immutata. In effetti la disabilità lavorativa è collegata al lungo periodo trascorso senza aver potuto confrontarsi con il mondo del lavoro, alle condizioni di un quadro psicopatologico oramai strutturato e, verosimilmente, imm modificabile. Rammento anche che nel 2004 nella perizia psichiatrica della Dr.ssa \_\_\_\_\_ riteneva la Signora RI 1 inabile al lavoro già allora, al 50%. Se prendiamo come punto di riferimento la perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 2004 emerge come in questi 18 anni vi sia stato una cristallizzazione completa della psicopatologia della Signora RI 1, pur con tutte le cure messe in atto, ma un aumento significativo della disabilità lavorativa che la porta ad un’inabilità lavorativa al meno del 60% in modo continuativo.” A tal riguardo, con scritto 14 gennaio 2023 il perito ha pertinentemente rilevato: " Nella sua lettera, il collega conferma uno stato di salute oggettivo del tutto invariato rispetto al 2016 e dice che gli interventi terapeutici hanno permesso di evitare un peggioramento. Poi asserisce però che il lungo tempo trascorso ha aumentato i deficit oggettivi. Questo argomento è molto controverso, ma andrebbe affrontato semmai in sede di misure per l’aiuto al reinserimento, con lo scopo di valorizzare la capacità lavorativa residua che è presente. Il tempo trascorso non può diventare un fondato motivo psichiatrico per giustificare una maggiore inabilità lavorativa medico-teorica, rispetto a una condizione determinante che è invariata, che è stata appurata nel 2016 e che è rimasta costante negli anni.” (doc. VIII/1) Nello scritto 11 ottobre 2022 la psicologa \_\_\_\_\_ critica le conclusioni dei test SIMS e SIRS-2 a cui è giunto il perito, asserendo che quest’ultimo non abbia tenuto conto delle caratteristiche personalologiche e culturali della peritanda, come pure della scarsa conoscenza della lingua italiana e della bassa scolarizzazione. Nel merito, il dr. \_\_\_\_\_, respingendo le critiche, nel medesimo scritto ha rilevato: " Il perito ha tenuto adeguatamente conto degli aspetti culturali, posto tra l’altro che non si tratta assolutamente di un complesso quadro etnopsichiatrico, con un individuo che provenga da un contesto etnico alquanto distante dalle consuetudini europee. Il perito ha anche preso nella dovuta considerazione le competenze linguistiche e quando ha scritto che queste non hanno inficiato l’esecuzione dei test, questo vuol dire esattamente che la padronanza della lingua italiana era sufficiente per affrontare con un esito del tutto attendibile i test somministrati. Se però non bastasse questo argomento, si tenga presente che i test effettuati dal perito non contengono delle parole tecniche, ma delle semplici frasi, che descrivono dei sintomi ipotetici. Una volta che la frase è stata capita, le risposte da dare sono sempre e soltanto: "Sì", "No" oppure "Qualche volta", quindi per nulla articolate. L’assicurata ha

avuto tutto il tempo che voleva e ha chiesto dei chiarimenti al perito ogni volta che non comprendeva una frase. Se ci fosse stato un fraintendimento del senso delle frasi, ci si aspetterebbe un risultato alle scale del SIMS variegato, controverso e differente per le varie scale. È impossibile che una persona che non comprende le frasi risponda invariabilmente, sistematicamente a tutte le scale, senza eccezioni, sempre nel senso dell'amplificazione e per di più sempre in maniera molto marcata. Infatti si sottolinea che al SIMS il punteggio è enormemente superiore rispetto ai cut-off e non solo di poco (stiamo parlando di ben 58 punti rispetto a 14). Per quanto concerne la SIRS-2, il tema è ancora più evidente. Questo test è molto, molto specifico per la simulazione, ovvero da un numero decisamente basso di falsi positivi. Lo studio incrociato delle scale permette facilmente di comprendere se l'assicurata ha fornito delle risposte casuali, dovute alla scarsa comprensione linguistica oppure ben orientate in una direzione. Anche l'operatore si rende facilmente conto, mentre somministra il test, se le domande vengono capite oppure se c'è perplessità da parte dell'esanimando. Il perito ha inoltre avuto un approccio valutativo favorevole nei confronti della perizianda, proprio avendo cura di evitare qualsiasi interferenza dovuta alla lingua nella ponderazione dei punteggi dei vari item. Ciononostante, le risposte fornite dalla signora sono state orientate, coerentemente ed anche in misura elevata, nella direzione di un'amplificazione dei sintomi." (Sottolineature del redattore; doc. VII/1) In merito all'evidenziata cronicizzazione della patologia psichica dovuta al fattore tempo con ripercussioni sulla capacità lavorativa nuovamente ribadita dal dr. \_\_\_\_\_ nel suo scritto 17 febbraio 2023, nella presa di posizione 31 marzo 2023 il perito ha pertinentemente rimarcato: " Egli (il dr. \_\_\_\_\_, n.d.r.) continua a ribadire quanto ha già asserito nella sua presa di posizione precedente, ovvero che il quadro psichiatrico è "cristallizzato" "strutturato", immodificabile", "con una psicopatologia che è rimasta immutata". Non si vede quindi quale sia l'argomento scientificamente convincente che il collega sta portando alla nostra attenzione per cercare di modificare gli esiti della valutazione. Una malattia con andamento stabile e strutturato nel tempo, non è una malattia degenerativa, salvo prova contraria. Chiunque beneficia di un certo grado di invalidità per motivi psichici, durante diversi anni, ha una patologia invariata. Tuttavia non mi risulta che esista una regola scientifica che, con una psicopatologia invariata, dopo alcuni anni di lontananza dal mondo del lavoro permetta di aumentare le limitazioni mediche (ovvero quelle limitazioni connesse alla malattia in senso stretto) e di aumentare anche l'inabilità lavorativa medico teorica." Nella lettera 21 febbraio 2023 la psicologa \_\_\_\_\_ ha ribadito che l'assicurata, per motivi di personalità e di fronte a situazione di stress, verosimilmente avrebbe avuto disagio ad esprimere dubbi e domande prediligendo una posizione di aderenza passiva che potrebbe aver influenzato i test (doc. F). Il perito psichiatra, sempre nella succitata presa di posizione, ha nuovamente e pertinentemente sostenuto come non vi sia stata una simile situazione di disagio, avendo rassicurata avuto tutto il tempo necessario per rispondere alle domande dei test e chiesto al perito dei chiarimenti ogni volta che non comprendeva una frase. 2.8.2. Dal punto di vista somatico, con osservazioni 23 febbraio 2023 l'assicurata – con riferimento ai referti 27 settembre 2021, 15 ottobre 2021, 16 e 24 gennaio 2023 del dr. \_\_\_\_\_ – ha evidenziato una problematica alle mani ("artropatia ATM bilaterale") facendo presente come sia prevista un'ulteriore artroplastica o eventualmente un impianto di protesi per la mano sinistra, limitazioni di cui deve essere tenuto conto nella valutazione dell'abilità nello svolgimento dell'attività casalinghe. Segnala inoltre un " sospetto idrope endolinfatico labirinto dx " da inserire nella nota ipoacusia bilaterale. In merito all'artropatia bilaterale con scritto 5 aprile

2023 il perito dr. \_\_\_\_\_ ha concluso: " L'assicurata nel frattempo è stata vista dal collega ortopedico Dr. med. \_\_\_\_\_ che ha riscontrato un'artropatia sintomatica a livello dell'articolazione metacarpo-falangea I della mano sinistra e un'artropatia delle articolazioni trapezio-metacarpale bilaterale. Al momento della visita rassicurata non si era lamentata in modo particolare di disturbi alla mano di destra. I disturbi funzionali alla mano di sinistra erano compatibili con un'attività professionale nella forma del 80% nell'attività professionale svolta di aiuto cucina, cassiera e collaboratrice presso un bar di un supermercato con una riduzione del rendimento del 20%. In un'attività lavorativa adeguata, tenendo in considerazione la patologia alla mano sinistra la ritenevo abile al lavoro nella forma completa sull'arco di un'intera giornata con un rendimento al 100%, tenendo in considerazione le limitazioni funzionali da me elencate. Si ha l'impressione, dalla documentazione messa a disposizione, dai rapporti del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 15.10.2021, del 16.01.2023 del 24.01.2023 di un peggioramento della sintomatologia al polso di sinistra, mentre vi è stato un intercorrente sintomatologia dolorosa anche a destra. Sembra aver tratto beneficio dalle infiltrazioni di corticosteroidi eseguite dal Dr. med. \_\_\_\_\_. Tutto sommato quindi ritengo che per il momento dalla documentazione messa a disposizione non si evincono delle limitazioni funzionali superiori rispetto a quelle da me determinate nella mia valutazione peritale di allora. Il Dr. med. \_\_\_\_\_ non si è espresso sulla capacità lavorativa dell'assicurata e sulle sue limitazioni attuali. In ogni caso fino al momento della visita da me effettuata valgono le limitazioni funzionali e la capacità lavorativa da me determinata. Se si dovesse giungere a degli interventi di tipo operatorio si dovrà poi rivedere l'assicurata dal punto di vista assicurativo" (doc. XVI/1). Riguardo alla problematica ORL, nel rapporto 31 marzo 2023 il perito neurologo dr. \_\_\_\_\_, valutata la documentazione medica prodotta, ha concluso: " la documentazione a disposizione non contiene nuovi elementi di competenza primariamente neurologica che portino a modificare la mia valutazione del 03 febbraio 2021. Viene descritta una problematica in ambito ORL con vertigini ma, al di fuori degli esami strumentali citati, non vi sono elementi clinici e anamnestici precisi che permettano di trarre conclusioni sull'impatto funzionale di questi sintomi, che sono comunque apparentemente non costanti, visto che il Dr. \_\_\_\_\_ descrive un "periodo intercritico normale", non sappiamo però quanto sia la durata di quest'ultimo. Inoltre la diagnosi di idrope endolinfatica non è comunque del tutto certa vista che si parla di "sospetto idrope." Innanzitutto sarebbe dunque utile avere informazioni più precise sul decorso e la gravità dei sintomi, la loro frequenza e durata, oltre al decorso attuale, abbiamo infatti solo informazioni del novembre 2022. La diagnosi di sospetto idrope endolinfatico non comporta automaticamente una incapacità lavorativa ." (sottolineatura del redattore) Il TCA non ha motivo di scostarsi da queste dettagliate prese di posizione. Infine, l'11 maggio 2023 l'assicurata ha fatto presente di essere stata operata alla mano sinistra il 9 maggio 2023 per rimuovere la protesi in pirocarbonio innestata diversi anni fa ed eseguire un'artroplastica con nuova protesi, allegando il relativo rapporto operatorio. Ora, ricordato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata ( (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in casu il 29 settembre 2022, le eventuali ripercussioni del succitato intervento , se rilevanti ai fini della capacità lavorativa, potranno essere oggetto di una nuova domanda corredata dalla pertinente documentazione.

2.8.3. Dal punto di vista globale, il \_\_\_\_\_ ha rilevato: " ... sulla base del fatto, che tutti i consulenti confermano le valutazioni della capacità lavorativa della precedente perizia

medica interdisciplinare dell'8.2.2016 effettuata presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, si conferma pure che le incapacità lavorative determinate in ambito psichiatrico e reumatologico non vanno sommate perché entrambe prendono in considerazione il dolore cronico, sintomo principale per rassicurata, comportando delle limitazioni funzionali, di rendimento e di carico che si sovrappongono." (doc. 285 pag. 953) Di conseguenza, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del 12 novembre 2021, avallata dal SMR (cfr. doc. 286) e alla quale va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.4), come pure alle prese di posizione 25 gennaio 2023 (cfr. consid. 1.5) e 11 aprile 2023 (cfr. consid. 1.7), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che la ricorrente, quale salariata è inabile al 50% in tutte le attività da febbraio 2016. Da ultimo va fatto presente che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno sino all'emanazione del provvedimento contestato, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente. Al riguardo, il TCA ricorda che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 e rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 2.9. Occorre ora esaminare la graduazione dell'invalidità globale nel 2016, anno in cui è intervenuto il miglioramento della capacità lavorativa. 2.9.1. In merito alla determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la persona assicurata, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322

consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_151/2020 del 5 maggio 2020 consid. 6.1; 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nella decisione impugnata, come in quella del 18 giugno 2019, per la determinazione del reddito da validare l'Ufficio AI ha preso in considerazione il reddito statistico nel settore della ristorazione (Tabella TA1\_Skill level, categoria 1, ramo settore ristorazione 55-56, donne, anno 2020) per un'attività lavorativa al 100% (ex art. 27bis OAI) di fr. 51'899 (cfr. rapporto 1° giugno 2022 del consulente IP a pag. 1057). Tale dato, peraltro non contestato, va confermato. 2.9.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006). Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Nel caso concreto, dalla decisione impugnata si evince che l'Ufficio AI ha correttamente utilizzato le citate tabelle dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (Tabella TA1\_Skill level Svizzera), categoria 1 (attività semplici e ripetitive), donne, anno 2020, per complessivi fr. 55'638,58. Tenuto conto di una riduzione del 50% per tenere conto della valutazione medica e una riduzione del 5% per attività leggere si ottiene un reddito da invalida – rimasto incontestato – di fr. 26'428,30 (cfr. anche tabella di calcolo 1° giugno 2022 a pag. 1057). 2.9.3 Dal raffronto dei redditi eseguito dall'Ufficio AI risulta un grado d'invalidità del 49,08%. Grado d'invalidità quale casalinga 2.10. L'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili alla 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. Nel caso in

esame, dall'inchiesta economica, svolta il 24 giugno 2022, risulta che l'incaricata, valutate le singole mansioni domestiche che l'assicurata può ancora svolgere, ha pertinentemente concluso per un grado d'impedimento complessivo del 20,5% (doc. 299 pag. 1073). Allo stesso risultato è giunto il \_\_\_\_\_ nella sua perizia complementare del 25 marzo 2022 dove "l'attuale capacità lavorativa globale come casalinga è valutata nella misura dell'80%, intesa come riduzione del rendimento di un'intera giornata lavorativa" (doc. 292 pag. 1044). Grado d'invalidità globale 2.11. Tenuto quindi di un'invalidità quale salariata del 49,08% (incapacità lavorativa dell'80% in attività adeguate) ed una limitazione del 20,5% quale casalinga, in corretta applicazione del metodo misto, viste le quote parti di attività salariata (62%) e di mansioni casalinghe (7,79%), il grado d'invalidità globale risulta essere del 38,21% ( $62 \times 49,08 + 38 \times 20,5$ ), quindi non sufficiente per riconoscere il diritto alla rendita. Ne consegue che rettamente l'Ufficio AI, in presenza di un motivo di revisione (cfr. al consid. 2.3), ha soppresso la rendita. 2.12. Tuttavia, ritenuto che l'assicurata ha percepito la rendita intera dal 1° giugno 2002 al 31 luglio 2019, quindi per oltre 15 anni, va ricordato quanto segue. Come esposto nelle STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2002 consid. 2.11, conformemente alla giurisprudenza, prima di procedere alla diminuzione o soppressione di una rendita di invalidità a seguito di revisione occorre accertare se esiste un bisogno di reintegrazione, valutando se l'assicurato sia concretamente in misura di mettere a profitto la sua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. gli art. 7 e 16 LPGA; cfr. STF 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010). Nel caso di una revisione (e in analogia di una riconsiderazione; cfr. STF 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013 consid. 3.2.3) di una rendita di invalidità versata da numerosi anni, il Tribunale federale ha sottolineato che di regola la (completa o parziale) capacità lavorativa attestata a livello medico – e che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita – può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPGA; STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10). Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha sempre conservato una parziale capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta dall'assicurato o che può svolgere immediatamente. In casi eccezionali, invece, l'amministrazione in sede di revisione della rendita deve esaminare la questione integrativa e, quindi, accertarsi se la ritrovata capacità lavorativa attestata medicalmente si traduce effettivamente in un grado di invalidità inferiore oppure se, eccezionalmente, occorra procedere ad un esame personale dell'effettiva idoneità lavorativa (con riferimento all'idoneità, alla capacità di carico, ecc.) e/o all'esecuzione di provvedimenti integrativi. In tali casi la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale (STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9C\_848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C\_831/2010, 9C\_768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27, 9C\_141/2009; vedi anche la STF 9C-998/2010 del 8 marzo 2011, 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010). In una successiva sentenza la Corte federale ha ulteriormente precisato la sua giurisprudenza nel senso che un caso eccezionale in questo senso, necessitante cioè del preventivo esame circa la necessità dell'introduzione di provvedimenti integrativi malgrado la capacità lavorativa attestata medicalmente, va

ammesso quando la revisione concerne un assicurato maggiore di 55 anni o titolare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni (STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 9C\_128/2013 del 4 novembre 2013, 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013, 9C\_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C\_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C\_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti). Nella STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014 il TF ha confermato questa giurisprudenza sottolineando che tali casi eccezionali possono essere riconosciuti segnatamente laddove l'assicurato è stato lontano dal lavoro per numerosi anni, dispone di un carente profilo conoscitivo e/o intellettuale o difetta di esperienza professionale (cfr. anche STF 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013 e riferimenti). In DTF 141 V 5 il Tribunale federale ha affermato che per stabilire la soglia dell'integrazione autonoma esigibile di una persona assicurata dopo aver raggiunto 15 anni di erogazione della rendita o il 55° anno di età, è determinante il momento della decisione di soppressione della rendita o quando diviene effettiva la revoca della rendita (consid. 4). Nella sentenza pubblicata in DTF 145 V 209, il Tribunale federale, circa l'esigibilità dell'integrazione autonoma in caso di assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha stabilito che in caso di riduzione o soppressione della rendita d'invalidità di un assicurato con più di 55 anni occorre in linea di principio eseguire provvedimenti d'integrazione, anche nel caso in cui si decida sulla limitazione e/o sulla graduazione contemporaneamente alla concessione della rendita. In concreto, benché l'insorgente (classe \_\_\_\_\_) al momento della decisione contestata (29 settembre 2022) – che ha confermato la soppressione della rendita – aveva un'età inferiore ai 55 anni, avendo tuttavia percepito per oltre 15 anni (cfr. consid. 2.19) la rendita, essa appartiene alla categoria di persone per le quali occorre presumere che non possono di principio intraprendere di loro iniziativa tutto quello che può ragionevolmente essere preteso da loro per sfruttare la loro capacità lavorativa medico-teorica (cfr. da ultimo 9C\_211/2021 del 5 novembre 2021, consid., 3.2; STF 9C\_663/2020 dell'11 agosto 2021, consid. 4.2). A tal riguardo, con rapporto 12 novembre 2018 (quindi prima dell'emissione della decisione 18 giugno 2019) il consulente IP aveva concluso che “non ci sono provvedimenti professionali che si possono attuare. L'assicurata dimostra di avere le risorse personali e di non avere grosse limitazioni, nel reintegrarsi nel modo del lavoro autonomamente, soprattutto se non necessita più di una regolare farmacologica e colloqui psicoterapici” (doc. 217 pag. 679). Quest'ultima affermazione, tuttavia, non corrisponde più alla realtà dei fatti. Infatti, nella perizia psichiatrica il dr. \_\_\_\_\_ riferisce di una presa a carico, avviata inizialmente presso il \_\_\_\_\_ e continuata, privatamente, presso la psichiatra curante dr.ssa \_\_\_\_\_ “che vede l'assicurata per colloqui medici e monitoraggio dalla farmacoterapia” (doc. 285 pag. 986). Inoltre, nella perizia è indicata la terapia che l'assicurata segue (doc. 285 pag. 930). Visto quanto sopra, gli atti sono rinviati all'Ufficio AI affinché, tenuto conto delle suddette nuove circostanze – rispetto al rapporto 12 novembre 2018 del consulente IP – proceda all'esame delle possibilità integrative come stabilito dalla suesposta giurisprudenza (cfr. anche sentenza 9C\_211/2021 del 5 novembre 2021 e STCA 32.2021.2 del 15 marzo 2021). 2.13. In conclusione, visto quanto sopra, in accoglimento del ricorso la decisione contestata deve essere annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché proceda, per il tramite del consulente IP, all'esame dell'effettiva esigibilità lavorativa dell'assicurata in un mercato equilibrato del lavoro, tenuto conto in particolare della necessità o meno di introdurre provvedimenti integrativi ai sensi della giurisprudenza. Solo al termine di questo esame l'amministrazione potrà procedere, se del caso, alla soppressione della rendita intera d'invalidità. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1f bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio

2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr. STF 8C\_307/2021 del 25 agosto 2021 consid. 6; DTF 141 V 281 consid. 11.1 e 137 V 210 consid. 7.1 con riferimenti) le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale dovrà versare alla ricorrente, patrocinata in causa da un avvocato, fr. 2'000 di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA).

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