

TI_GERICHTE 32.2023.137 vom 19. Oktober 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-10-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.137

FR: TI_GERICHTE 32.2023.137 du 19 octobre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.137 del 19 ottobre 2023

Regeste

Attribuzione rendita limitata nel tempo confermata. Casalinga/salariata. SMR ha valutato attentamente tutti i referti medici, TCA si affida alle sue conclusioni. Inchiesta domiciliare per casalinga. Obbligo di farsi aiutare dai familiari. Rapporto d'inchiesta non presenta incongruenze, va confermato

Erwägungen

E. 27

giugno 2022 (doc. 850) la decisione su opposizione del 25 maggio 2022 (doc. 842) con cui la _____, dopo avere interpellato il medico di circondario (doc. 841), ha confermato la propria decisione e con STCA 35.2022.51 il 12 settembre 2022 (doc. 864) questo Tribunale ha respinto il ricorso dell'assicurata. Concluso dunque l'iter in ambito infortunistico (doc. 75), il 9 gennaio 2023 (doc. 76) la dr.ssa med. _____, specialista in medicina del lavoro presso il Servizio Medico Regionale, ha reso il rapporto finale riassumendo la situazione medica dell'interessata riportando quanto occorso il 13 luglio 2016 e i quattro interventi chirurgici che hanno fatto seguito, le diagnosi con e senza ripercussione sulla capacità lavorativa poste del medico di circondario dell'assicuratore infortuni, le limitazioni funzionali anch'esse individuate da quest'ultimo, aggiungendo che il carico massimo era di 5kg, che non v'era necessità di alternanza della postura, che non v'erano difficoltà nello svolgere lavori di precisione né necessità di pause supplementari. Per quanto concerne l'indagine a domicilio da svolgere, essendo l'assicurata anche casalinga, il medico SMR ha indicato " quanto sopra [ndr: i limiti funzionali] + maggior lentezza nello svolgimento delle consuete mansioni domestiche. ". Il Servizio Medico Regionale ha poi definito l'incapacità lavorativa essere del 100% dal 22 agosto 2016 nell'attività abituale di infermiera e in altre attività adeguate. Dal 9 settembre 2021, però, l'abilità lavorativa era migliorata ed era del 100% in attività adeguate, con prognosi favorevole. Nelle mansioni consuete, l'incapacità lavorativa era del 20% sin dall'inizio e quindi dal 22 agosto 2016, con prognosi favorevole. L'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica esperita al domicilio dell'assicurata il 7 marzo 2023 su mandato dell'Ufficio AI ha dato luogo al relativo rapporto del 6 (recte : 7) marzo 2023 (doc. 82). In una prima tabella, la consulente ispettrice ha elencato per ogni mansione consueta (pasti, pulizia e ordine dell'alloggio, acquisti e altre commissioni, bucato e cura dei vestiti) l'impedimento riscontrato (leggero, molto leggero, medio, completo o nullo), l'ha espresso in percentuale (da 0% a 100%) e ha descritto gli impedimenti rilevati per ognuna di esse. In una seconda tabella, ha quantificato le ore settimanali necessarie alla gestione domestica (28h24 pari al 100%), l'impedimento senza considerare l'obbligo di collaborazione dei familiari (9h41, 34,14%), l'obbligo di collaborare esigibile dai familiari (8h25, 29,65%) e l'impedimento computabile nonostante l'aiuto dei familiari (1h16, pari al

4,49%). La terza tabella è riassuntiva e stabilisce l'invalidità: Area d'attività secondo marg. 3609 CIRAI Ponderazione Impedimenti rilevati in sede d'inchiesta Impedimenti quantificati considerando l'aiuto esigibile dai membri del nucleo familiare Invalidità 1 Pasti 44.72% 6.00% 0.00% 0.00% 2 Pulizia e ordine dell'alloggio 28.17% 72.50% 0.00% 0.00% 3 Acquisti e altre commissioni 9.15% 22.50% 0.00% 0.00% 4 Bucato e cura dei vestiti 17.96% 50.00% 25.00% 4.49% 5 Cura e assistenza ai figli e/o ai familiari 0.00% 0.00% 0.00% 0.00% 6 Cure del giardino e delle aree adiacenti, cura di animali domestici 0.00% 0.00% 0.00% 0.00% Invalidità nelle mansioni consuete - comprendente la messa in pratica di strategie o l'utilizzo di ausili in ossequio all'obbligo di riduzione del danno (marg. 3613 CIRAI) - considerante l'aiuto esigibile da parte di membri del nucleo familiare (marg. 3614 CIRAI) 4.49% Infine, nelle osservazioni è indicato che " Il grado invalidante è ridotto notevolmente siccome il figlio sopperisce quasi completamente nei compiti inevasi (escluso in parte bucato e stiro) come emerge dall'inchiesta, collaborazione che ricordo esigibile così come da pt. 4.1 ". Al progetto di decisione dell'8 marzo 2023 (doc. 84) di attribuzione di una rendita intera temporanea dal 1° agosto 2017 al 31 dicembre 2021 l'assicurata ha formulato delle osservazioni sostenendo che dalla chiusura del caso _____ la sua situazione era peggiorata e ha prodotto quattro referti del dr. med. _____, radiologia e terapia del dolore (SSIPM), riferiti alla spalla destra e al gomito sinistro allestiti nel 2022 e nel 2023 a sostegno della sua tesi. Il 3 maggio 2023 (doc. 89) la dr.ssa _____ si è pronunciata sui rapporti medici prodotti dall'assicurata in fase di audizione, riportando degli estratti della sentenza di questo TCA resa in ambito infortunistico relativi ai referti del dr. med. _____ già inviati in quel contesto, come pure del parere del dr. med. _____ del 23 maggio 2022 (doc. 841) quale presa di posizione all'opposizione dell'assicurata alla decisione dell'11 febbraio 2022. Anche per l'analisi del più recente rapporto del 21 marzo 2023 del dr. _____ il medico SMR ha riportato quanto da ultimo evidenziato dal medico di circondario nel maggio 2022. Dopodiché, la specialista in medicina del lavoro ha affermato che, per la spalla destra, faceva proprio e rimandava a quanto dettagliatamente esposto dal dr. med. _____ in assenza di ulteriori significativi peggioramenti clinici e radiografici alla consultazione del 21 marzo 2023. Infatti, citando al riguardo gli esiti delle visite del 17 marzo 2022 e del 21 marzo 2023 del dr. med. _____, ha rilevato che non v'erano variazioni mediche significative e ha precisato che a distanza di circa un anno dalla precedente del 14 aprile 2022, il radiologo ha eseguito un'altra infiltrazione alla spalla destra con immediato miglioramento della sintomatologia algica dovuto all'effetto dell'anestetico aggiunto. Riguardo all'epicondilita al gomito sinistro, per la quale il 22 febbraio 2022 il dr. med. _____ attestava che v'erano dolori all'epicondilo radiale che irradiavano lungo gli estensori verso il polso, la dr.ssa _____ ha annotato che l'interessata era stata trattata quel giorno con un'infiltrazione con immediata scomparsa della sintomatologia algica dovuta all'effetto dell'anestetico aggiunto. Anche i nuovi dolori al gomito sinistro sono stati trattati con una infiltrazione. A suo dire, si trattava di periodiche riacutizzazioni algiche di cadenza circa annuale necessitanti esclusivamente di trattamento infiltrativo, in assenza di indicazione chirurgica e/o altra terapia. Infine, formulate le seguenti considerazioni: "- Nella relazione del Dr. _____ del 21.03.2023, ad eccezione della nuova e periodica insorgenza anche di dolori al gomito sinistro sopra l'epicondilo radiale, trattati con infiltrazioni con immediata risoluzione algica con cadenza circa annuale, non esiste una nuova diagnosi ai sensi dell'ICD10 con influsso sulla capacità lavorativa rispetto a quanto obiettato dal Dr. _____ nella sua visita di circondario del 09.09.2021 ed in sede di apprezzamento medico del 23.05.2022; - non

esiste un esame obiettivo che si discosti significativamente da quanto oggettivato in precedenza; - non esiste per l'attualità un'indicazione chirurgica; - non esiste la prescrizione di una terapia farmacologica; attualmente agli atti non viene documentata la prosecuzione di terapia fisica, fisiatrica, riabilitativa nemmeno per mantenere un buon tono muscolare; - non viene attestato nessun blocco funzionale; - non esiste alcuna recente attestazione di ricovero ospedaliero e/o accesso al pronto soccorso; - il Dr. _____ non certifica alcuna incapacità lavorativa pregressa ed attuale né definisce un'esigibilità; - in ogni caso quanto emerso dalla relazione del Dr. _____ non impedisce lo svolgimento di un'attività consona allo stato di salute attuale dell'A, così come valutato dal Dr. _____.", il medico SMR ha perciò concluso che in assenza di fatti nuovi rispettivamente di modificazioni significative di fatti noti, erano ancora valide le conclusioni del rapporto finale SMR del gennaio 2023. La decisione del 19 ottobre 2023 (doc. A1) ha confermato il diritto dell'assicurata a una rendita intera dal 1° agosto 2017, ovvero alla scadenza dell'anno di attesa (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e fino al 31 dicembre 2021, ritenuto che dal 9 settembre 2021 l'inabilità lavorativa era nulla e quindi, sulla base dell'art. 88a OAI, il diritto alla rendita si è protratto per tre mesi dall'avvenuto miglioramento, dopodiché è decaduto visto che il calcolo effettuato dall'Ufficio AI dava un grado di invalidità del 36% e quindi non pensionabile (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI). 2.7. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto sei certificati medici del dr. med. _____, radiologia e terapia del dolore (SSIPM). Il primo, del 29 settembre 2020 (doc. A7), si riferisce a una infiltrazione che egli ha effettuato sotto guida ecografica intra- e peri-tendinea per fascite plantare a sinistra, con immediato miglioramento della sintomatologia algica dovuto all'effetto dell'anestetico aggiunto. Il secondo referto concerne l'ecografia duplex venoso superficiale e profondo della gamba sinistra e l'ecografia del piede sinistro eseguiti il 4 maggio 2021 (doc. A6) a causa dei dolori alla pianta del piede sul versante mediale. Il problema venoso è stato escluso, la fascite plantare non era ricomparsa e i dolori attuali si concentravano nella zona del tragitto plantare orizzontale del peroneo lungo. Il terzo certificato, del 23 febbraio 2022 (doc. A3), riporta la valutazione ecografica eseguita, che ha rilevato una epicondilite con irregolarità del profilo dell'epicondilo radiale a sinistra, non epicondilite ulnare, perciò il curante ha eseguito un'infiltrazione dell'epicondilite radiale a sinistra con immediata scomparsa della sintomatologia algica dovuta all'effetto dell'anestetico aggiunto. Per quanto concerne la spalla destra, egli ha esaminato l'ultima risonanza magnetica (2 settembre 2020) in cui era presente un assottigliamento reattivo del sovraspinato dopo pregressa riparazione di struttura con ancoraggio e una piccola lesione transmurale della cuffia a livello dell'intervallo dei rotatori con fuoriuscita di contrasto verso la borsa sub-acromiale/sub-deltaidea. A suo parere, l'assicurata soffriva clinicamente di una capsulite retrattile che sarebbe stata suscettibile a un'infiltrazione iper-volumetrica sotto copertura con anestetici. Le ha quindi consigliato una nuova risonanza. Alla successiva visita del 17 marzo 2022 (doc. A4) l'assicurata si è presentata dal dr. med. _____ con importanti dolori alla spalla destra e alla valutazione clinica egli ha riscontrato la limitazione funzionale in tutte le direzioni, perciò ha eseguito una valutazione ecografica della spalla destra, rilevando la presenza di una capsulite trattile con marcata flogosi del sovraspinato, il sottoscapolare si era nel frattempo assottigliato a uno spessore residuo di 1,9mm; esiti di tenotomia del capolungo bicipite che non era più apprezzabile - a differenza della precedente RM - nel solco intertuberculare. In conclusione, i reperti radiologici, insieme ai dati clinici, gli hanno permesso di porre la diagnosi di una capsulite retrattile che si prestava a un'infiltrazione iper-volumetrica (con lo scopo di una prudente

dilatazione della capsula articolare) dopo vasta anestesia. Il referto riporta l'esito della visita del 14 aprile 2022 (doc. A5), in cui il dr. med. _____ ha proceduto a una infiltrazione intra-articolare alla spalla destra con immediato miglioramento della sintomatologia algica dovuto all'effetto dell'anestetico aggiunto. Infine, il sesto e ultimo certificato si riferisce all'ecografia del gomito sinistro eseguita il 21 marzo 2023 (doc. A2), che ha rilevato una marcata epicondilita radiale con presenza di multiple micro-calcificazioni e importante tendinosi nella porzione inserzionale del tendine comune degli estensioni con inserzione all'epicondilo radiale, non versamento articolare. Il radiologo ha quindi proceduto a un'infiltrazione dell'epicondilo radiale. Inoltre, ha effettuato un'ecografia della spalla destra, che ha rivelato di nuovo un tendine del sovraspinato molto assottigliato e parzialmente perforato in modo transmurale, regolare rappresentazione del sottoscapolare, dell'infraspinoso e del piccolo rotondo, ma la limitazione funzionale suggeriva anche la presenza di capsulite retrattile, solo minimo versamento articolare nella guaina sinoviale del capolungo bicipite. Il curante ha perciò proceduto anche a un'infiltrazione della spalla con immediato miglioramento della sintomatologia algica dovuto all'effetto dell'anestetico aggiunto. La ricorrente ha poi trasmesso al TCA il referto del 20 novembre 2023 (doc. B) del medico curante dr. _____, specialista FMH in medicina generale, che ha certificato che la paziente " in esiti di plurimi interventi alla spalla dx e di infiltrazioni di corticosteroide e per dolori a livello del braccio controlaterale dx non riesce ad effettuare i lavori domestici della vita quotidiana per via degli importanti dolori a carico degli arti superiori, necessitando di aiuti domestici. ". La dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale è stata interpellata dall'Ufficio AI riguardo a questi nuovi referti e l'11 dicembre 2023 (doc. VII/2) si è pronunciata nel dettaglio. In particolare, essa ha dapprima riproposto le diagnosi con e senza ripercussione sulla capacità lavorativa stabilite nel rapporto finale SMR del 9 gennaio 2023. Poi ha sottolineato che i referti del 2020 e del 2021 del dr. _____ riportano che le due infiltrazioni eseguite hanno avuto un buon successo, tanto che la fascite plantare del piede sinistro non era più comparsa e i reperti iconografici di ecografia duplex della gamba sinistra e del piede sinistro erano assolutamente nella norma. Per le residue algie al mesopiede, il medico SMR ha osservato che all'interessata era stata consigliata una RM, ma dagli atti non risultavano ulteriori indagini per questo disturbo, di cui non v'era comunque alcuna menzione nella raccolta dei disturbi patiti dall'assicurata né alla visita di chiusura della _____ del 9 settembre 2023 (recte : 2021) né nell'inchiesta a domicilio del 7 marzo 2023. Quanto ai referti del 23 febbraio 2022, del 17 marzo 2022, del 14 aprile 2022 e del 21 marzo 2023 del dottor _____, la dr.ssa med. _____ ha affermato per ciascuno di essi che " Già agli atti _____, valutata dal Dr. _____ ed analizzata nella nota SMR del 03.05.2023. ". Sul breve rapporto del medico curante di base dr. _____ del 20 novembre 2023, l'SMR ha evidenziato che egli " attesta fatti medici già noti in precedenza e reputa necessario aiuto domestico. ". Infine, nelle considerazioni finali il Servizio Medico Regionale ha ribadito quanto già affermato nel suo rapporto del 3 maggio 2023 facente seguito alle osservazioni dell'assicurata al progetto di decisione, e meglio che: " Nelle relazioni mediche presentate in sede di ricorso al TCA: - non esiste un esame obiettivo che si discosti significativamente da quanto oggettivato in precedenza; - non esiste per l'attualità un'indicazione chirurgica; - non esiste la prescrizione di una terapia farmacologica; attualmente agli atti non viene documentata la prosecuzione di terapia fisica, fisiatrica, riabilitativa nemmeno per mantenere un buon trofismo muscolare; - non viene attestato nessun blocco funzionale; - non esiste alcuna recente attestazione di ricovero

ospedaliero e/o accesso al PS; - il Dr. _____ non certifica alcuna incapacità lavorativa pregressa ed attuale né definisce un'esigibilità; - in ogni caso quanto emerso dalle relazioni del Dr. _____ non impedisce lo svolgimento di un'attività consona allo stato di salute attuale dell'A, così come valutato dal Dr. _____". Pertanto, la dr.ssa med. _____ ha concluso che in assenza di fatti nuovi e di modifiche significative di fatti noti valevano le conclusioni del rapporto finale del gennaio 2023. Sulla scorta di queste considerazioni, l'Ufficio AI ha proposto al TCA, nella sua risposta di causa, di respingere il ricorso. 2.8. 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-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione , a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del

marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si

scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 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). 2.9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente negato all'assicurata il diritto alla rendita dopo il 31 dicembre 2021 a motivo che il grado di invalidità era inferiore al 40% previsto dall'art. 28 cpv. 1 lett. c LAI (36%), dopo attenta analisi della documentazione agli atti, e quindi dello stato di salute della ricorrente, non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta. In primo luogo occorre rilevare che l'Ufficio AI ha richiamato dall'assicuratore infortuni l'intera documentazione relativa alla rottura del tendine della spalla destra avvenuta il 13 luglio 2016, in cui vi si trovano anche i referti dei medici curanti che quindi non ha più avuto bisogno di raccogliere direttamente. Inoltre, si osserva che il corposo incarto della _____ (che consta di quasi 900 documenti, non tutti di carattere medico) è stato poi correttamente sottoposto al vaglio del Servizio Medico Regionale che, in questo modo, ha debitamente valutato ogni singolo referto presente agli atti. Infatti, la dr.ssa med. _____, persona esperta in materia, nel rapporto finale del 9 gennaio 2023 ha riportato le diagnosi e i limiti funzionali individuati dal medico di circondario dell'assicuratore infortuni e sulla scorta delle considerazioni tratte dal collega ha valutato la capacità lavorativa dell'assicurata nell'attività abituale (nulla dal 22 agosto 2016) e in attività adeguate alle sue condizioni di salute (0% dal 22 agosto 2016 e 100% dal 9 settembre 2021, ovvero da quando ha avuto luogo la visita di chiusura del caso da parte del dr. _____ per conto della _____), oltre che nello svolgimento delle mansioni consuete (inabile al 20% dal 22 agosto 2016). Anche la documentazione specialistica che l'insorgente ha prodotto con il ricorso e pendente causa è stata oggetto, l'11 dicembre 2023, di una attenta disamina da parte della dr.ssa med. _____. La stessa ha comunque rilevato che i referti del dr. _____ del 2022 e del 2023 erano già stati vagliati non solo dal dottor _____ nell'ambito della procedura infortunistica, ma anche dalla stessa specialista nelle precedenti annotazioni del 3 maggio 2023, e meglio quando l'assicurata li ha trasmessi all'amministrazione quali osservazioni al progetto di decisione. Sui referti più datati, del 29 settembre 2020 e del 4 maggio 2021, già

agli atti dell'assicuratore infortuni e quindi già valutati con la stesura del rapporto finale SMR del 9 gennaio 2023, il medico SMR si è ulteriormente pronunciato rilevando che la fascite plantare al piede sinistro non si era più ripresentata dopo l'infiltrazione e che l'ecografia duplex venoso superficiale e profondo della gamba sinistra e del piede sinistro erano assolutamente nella norma. Inoltre, di questi disturbi l'interessata non ne ha più riferito ai medici curanti, al medico di circondario della _____ nel settembre 2021 e neppure alla consulente dell'Ufficio AI che ha effettuato l'inchiesta domiciliare nel marzo 2023. Quanto al più recente certificato medico agli atti, quello del dr. med. _____ del 20 novembre 2023, suo medico di base, il Servizio Medico Regionale ha rilevato che attestava fatti medici già noti in precedenza e che reputava necessario un aiuto domestico per l'assicurata. Il TCA evidenzia che la ricorrente non ha prodotto nuovi referti medici che attestino una situazione peggiore rispetto a quella già accertata di persona dal dr. _____ nel 2021 e confermata in due occasioni nel 2022. In sostanza, il medico di circondario della _____ ha avuto modo di esprimersi sulle condizioni di salute dell'assicurata non solo durante l'intero iter amministrativo man mano che i medici curanti proponevano un piano terapeutico all'assicurata, ma anche con una visita personale che ha avuto luogo il 9 settembre 2021 (doc. 702). A ciò è seguita la presa di posizione del 23 maggio 2022 (doc. 841) sui nuovi referti medici prodotti dall'assicurata per sostanziare un diverso stato di salute rispettivamente della sua capacità lavorativa nell'ambito dell'opposizione e del ricorso al TCA contro la decisione formale/su opposizione dell'assicuratore infortuni di attribuirle una rendita di invalidità del 36% dal 1° novembre 2021 - e un'indennità per menomazione all'integrità del 15%. I referti su cui ora la ricorrente fonda le sue richieste sono gli stessi già analizzati dall'Ufficio AI e dall'assicuratore infortuni, eccetto il certificato del dr. _____, siccome successivo alle decisioni dei due assicuratori, perciò non v'è motivo di scostarsi da quelle considerazioni, ben ponderate e dettagliate, peraltro già fatte proprie da questa Corte nella vertenza di carattere infortunistico. In particolare, l'apprezzamento medico del 23 maggio 2022 (doc. 841) del dr. med. _____, che la dr.ssa _____ ha fatto suo nelle annotazioni del 3 maggio 2023 riprendendolo parzialmente, ha riferito che il 4 novembre 2021 il dr. med. _____ ha rivalutato l'assicurata a un anno dall'ultimo intervento di capsulotomia circonferenziale, il quale ha descritto una situazione clinica simile a quella che egli ha riportato nella visita medico-circondariale di chiusura e ha giudicato lo stato clinico stabilizzato e non modificabile da ulteriori trattamenti, ritenendo perciò l'attività di infermiera non più esigibile. Anche la valutazione dei limiti funzionali, seppure più stringata e meno approfondita, era analoga alla sua valutazione, quindi non v'erano ulteriori elementi rispetto alla sua valutazione effettuata di persona due mesi prima. Lo specialista in chirurgia ortopedica sentito dall'assicuratore infortuni si è inoltre pronunciato sui due certificati del 2022 del dr. _____, rilevando che egli non si è espresso sulla sintomatologia, non ha fornito un quadro clinico e nemmeno sulla esigibilità. I dubbi che il radiologo ha annotato in merito alla risonanza magnetica del 2020, poi, erano già stati esaminati e risolti dai medici che hanno avuto in cura l'assicurata in precedenza e dall'artroscopia eseguita successivamente alla RM a cui il curante faceva riferimento. Quanto alla sua proposta terapeutica di un'infiltrazione ipervolumetrica, il dr. _____ ha osservato che l'assicurata ha già eseguito due interventi di capsulotomia circonferenziale che, ai fini del recupero del movimento e dell'elasticità, in queste situazioni sono più efficaci e più controllati, perciò la soluzione suggerita dal curante, oltre a non essere dettagliata, non disponeva di un'apprezzabile probabilità di esito positivo. Quanto

all'assottigliamento del sottoscapolare rilevato con l'ecografia del marzo 2022, il chirurgo ortopedico ha osservato che doveva essere altresì considerato il tono generale del referto che ne ha fatto menzione, in cui risultava evidente la conferma della diagnosi di capsulite, ma anche che era stato confrontato dal dr. _____ con la risonanza magnetica del 2020 che non era solo precedente all'ultimo intervento eseguito dal dr. med. _____, ma costituiva anche un altro esame eseguito con altra metodica. Nell'intervento che ha eseguito nel novembre 2020, il chirurgo ortopedico ha rilevato un tendine sottoscapolare assottigliato ed anelastico, ma comunque inserito e quindi non aveva ritenuto necessario alcun gesto chirurgico. Il quadro ecografico descritto dal radiologo, ha osservato il dr. _____, non faceva che confermare quanto già noto sulle condizioni generali della spalla: non si trattava, infatti, di una lesione del sottoscapolare dove prima il tendine era intatto, ma di una riduzione di spessore in esiti di sutura. Tale variazione, nel contesto generale dell'assicurata, anche qualora fosse stata presente, non aveva un apprezzabile riflesso sul giudizio di stabilizzazione del caso in quanto già nota, superata dalla valutazione eseguita in artroscopia diagnostica e non suscettibile di altro trattamento chirurgico, peraltro non proposto dal radiologo, che si è limitato a suggerire un'infiltrazione. Lo specialista sentito dall'assicuratore infortuni ha concluso il suo apprezzamento medico affermando che il giudizio sulla stabilizzazione del caso era concorde con quanto certificato dal collega, il quadro clinico funzionale e le limitazioni considerate globalmente concordavano con quelle del dr. _____ e non v'erano proposte terapeutiche atte a modificare in modo importante e con probabilità la situazione dell'assicurata. Come detto, la dr.ssa _____ del Servizio Medico Regionale ha riportato quasi integralmente nelle sue annotazioni del 3 maggio 2023 questa valutazione del 23 maggio 2022, facendola propria e rinviandovi espressamente. In assenza di documentazione medica contraria, che metta in dubbio quanto esaminato nel dettaglio dal dr. med. _____, il quale ha formulato chiare, complete e ben motivate considerazioni sui pareri dei medici curanti - gli stessi che la ricorrente ha prodotto in questa sede -, confrontandosi accuratamente con gli stessi, il medico SMR si è allineato alle sue conclusioni, le ha riprese integralmente e sono state poste alla base della decisione dell'Ufficio assicurazione invalidità. 2.10. Visto quanto precede, non v'è di conseguenza motivo, alla luce delle argomentazioni dianzi esposte, di scostarsi dalle risultanze mediche analizzate dal dr. _____ e condivise dal Servizio Medico Regionale. Nessuna delle certificazioni prodotte dalla ricorrente in questa sede, o già allegata in sede amministrativa, è infatti suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni tratte, in più occasioni, dalla dr.ssa _____, la quale ha ben valutato tutti gli atti medici presenti nel denso incarto richiamato dall'assicuratore infortuni che si è assunto l'evento del 13 luglio 2016. Di conseguenza, si deve concludere che quanto occorso all'assicurata in quell'occasione ha dato luogo a un'inabilità lavorativa totale dal 22 agosto 2016 in qualsiasi attività lucrativa, mentre dal 9 settembre 2021, ovvero da quando il medico di circondario l'ha esaminata di persona, la capacità lavorativa dell'assicurata in attività adeguata era del 100%. Per quanto concerne l'abilità dell'interessata nello svolgere le mansioni consuete, e la sua contestazione relativa al grado di impedimento stabilito dal Servizio Medico Regionale soltanto nel 20%, questa lamentela non può essere accolta. L'assicurata non ha infatti comprovato le sue allegazioni, non ha spiegato il motivo per cui dovrebbe essere considerata una limitazione medico-teorica maggiore nello svolgere le mansioni consuete. Il rinvio al certificato del 20 novembre 2023 del medico di base dr. _____ non le è di aiuto, visto che il generalista, come ha osservato la dr.ssa _____, ha attestato fatti medici già noti e ha soltanto indicato che l'assicurata necessitava di aiuti domestici. Egli

non ha però specificato né il grado di inabilità lavorativa che i problemi e i dolori alla spalla destra le comportavano, né gli impedimenti che ne derivavano nello svolgere le mansioni consuete al proprio domicilio. Il referto del medico curante rimane quindi senza alcuna valida conseguenza per la ricorrente, essendo scarno e generale. 2.11. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, rispecchiando le valutazioni del medico SMR del 9 gennaio 2023, del 3 maggio 2023 e dell'11 dicembre 2023 i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8), ad esse va dunque attribuita piena forza probatoria. Occorre infatti ricordare che l'art. 59 cpv. 2 bis LAI stabilisce, peraltro, che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV Nr. 56 pag. 174). I referti medici agli atti sono pertanto sufficientemente dettagliati per l'evasione della causa e quindi per definire lo stato di salute della ricorrente e la sua capacità residua nell'espletamento di un'attività lucrativa e delle mansioni consuete, ai quali dunque ci si deve attenere, senza che sia necessario procedere a degli approfondimenti e fare erigere una perizia, neppure a livello giudiziario, così come da essa richiesto, ritenendo la situazione già chiarita. In tale contesto, va qui ricordato che, quando 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. Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63, Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Occorre ancora rilevare che nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al considerando 4.1 l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)". Va infine osservato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sull'argomento: STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012, consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche, ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla

DTF 134 V 231 consid. 5.3). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12). Riconosciuto il valore invalidante dei disturbi alla spalla destra, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito. 2.12. La ricorrente ha contestato la determinazione del grado di invalidità per la quota parte salariata del 70%, che l'Ufficio AI ha stabilito nel 34,18% dopo averlo determinato nel 48,83% per un'attività al 100%. Tuttavia, nella sua motivazione l'assicurata ha confuso l'aspetto medico e l'aspetto economico alla base del diritto a delle prestazioni dall'assicurazione invalidità. Infatti, essa ha sostenuto che " si sarebbe dovuto procedere ad una perizia approfondita , che non è stata effettuata, in quanto l'ufficio invalidità ha ritenuto sufficienti le sole certificazioni e rapporti medici della _____, che è giunta al grado di invalidità del 36%. A mio avviso, anche il grado di invalidità come salariata sarebbe superiore al 40%, in quanto le mie capacità residue lavorative sono minime e non vi è certamente un posto di lavoro adeguato, tenuto conto dell'impossibilità ad usare la parte destra del braccio e spalla, dei forti dolori costanti, e non da ultimo dell'età. " (doc. I pagg. 2 e 3). Sull'aspetto medico, ovvero sulla determinazione della capacità lavorativa residua del 100% dal 9 settembre 2021 ci si è già pronunciati nei considerandi precedenti, ai quali si rinvia. Quanto all'ambito economico, i calcoli effettuati dall'Ufficio AI, che ha confrontato il reddito senza invalidità stabilito dalla _____ in Fr. 92'426,70 con il salario che l'assicurata avrebbe potuto guadagnare in attività semplici e ripetitive tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 100% (Fr. 55'638,54), ma a cui ha applicato delle deduzioni sociali complessive del 15% (Fr. 47'292,76) - mentre l'assicuratore infortuni si è limitato al 5% -, hanno dato luogo a un grado di invalidità del 48,83% (doc. 78). A questo proposito occorre rilevare che l'Ufficio AI si è basato su un dato del 2021 (il reddito da valida) e l'ha paragonato a un dato del 2020 (il reddito statistico da invalida). Se avesse fatto capo al salario che la datrice di lavoro ha dichiarato che la ricorrente avrebbe percepito dal 2017 al 2021 (doc. 652) se avesse continuato a lavorare (Fr. 90'769.-), la perdita di guadagno sarebbe stata inferiore al grado ritenuto dall'Ufficio AI. Lo stesso vale per la determinazione del reddito da invalida. Come ha correttamente rilevato l'amministrazione nella risposta di causa, l'assicuratore infortuni si è limitato a considerare una deduzione del 5% dal reddito statistico, mentre l'Ufficio AI ha generosamente (cfr. da ultimo: STF 8C_252/ 2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 5.4: "(...) Inoltre il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. ") ritenuto una deduzione sociale del 15% (8% per attività leggere e 7% per altri fattori di riduzione). Non essendo comunque validamente contestato come tale, il grado del 48,83% per la parte salariata va dunque confermato. 2.13. L'assicurata ha inoltre impugnato la fissazione nel 4,49% delle limitazioni nello svolgere le mansioni di casalinga che, riportate sulla quota parte del 30%, ha dato un grado di invalidità parziale dell'1,35%. A suo dire, il grado di impedimento complessivo ritenuto dall'assistente sociale sarebbe troppo basso. Come per la parte salariata, allo stesso modo la ricorrente non è riuscita a mettere in dubbio le constatazioni e le conclusioni che la consulente ispettrice ha tratto dopo avere effettuato il 7 marzo 2023 un sopralluogo al suo domicilio per potere valutare le sue abilità nelle attività legate alla preparazione dei pasti, alla pulizia e al tenere in ordine la casa, all'effettuare acquisti e altre commissioni e al fare e stirare il bucato. Innanzitutto occorre ricordare che possono essere considerate soltanto le attività equiparabili a un'attività lucrativa. Si tratta

delle attività che soddisfano il criterio della terza persona, vale a dire le attività che, in caso di impossibilità di svolgerle da sola, la persona assicurata farebbe svolgere da terzi (eventualmente a pagamento). Non vanno pertanto considerate le attività puramente ricreative né quelle artistiche o di pubblica utilità (N. 3603 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI), valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2024). In specie, nel rapporto del 7 marzo 2023 (doc. 82) dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, preso atto del danno alla salute e delle limitazioni funzionali riassunte dal Servizio Medico Regionale nel rapporto finale del 9 gennaio 2023, la consulente ispettrice ha stabilito la quota percentuale delle singole attività sul totale delle mansioni consuete (ponderazione senza disabilità) (N. 3604 CIRAI) e, tenendo conto della situazione medica (inabilità lavorativa del 20% secondo la dr.ssa med. _____), ha indicato le attività che l'assicurata era totalmente o notevolmente impossibilitata a esercitare. Determinante è infatti il confronto delle attività effettive e non la valutazione medica dell'incapacità al lavoro. Essa ha fornito indicazioni precise sull'entità delle limitazioni dovute alla disabilità, sulla base delle quali ha poi determinato le limitazioni in percentuale per ogni settore d'attività. Non ha tenuto conto dell'età dell'assicurata (N. 3605 CIRAI). Il grado di disabilità nelle singole attività corrisponde al prodotto tra la ponderazione senza disabilità e la limitazione dovuta alla disabilità (N. 3607 CIRAI) e dalla somma di questi impedimenti l'assistente sociale è giunta a una invalidità nelle mansioni consuete del 4,49%, con una preponderanza degli impedimenti riscontrata nell'effettuare il bucato e nello stirare i vestiti. Secondo la giurisprudenza (STF 8C_620/2011 dell'8 febbraio 2012; STF 9C_201/2011 del 5 settembre 2011), in caso di divergenze considerevoli tra la valutazione della persona incaricata dell'accertamento e i pareri medici, si deve dare maggior peso alle indicazioni fornite dai medici specialisti per quanto riguarda la riduzione della capacità lavorativa dovuta ad aspetti psichici o cognitivi (N. 3606 CIRAI). Benché il Servizio Medico Regionale abbia valutato nel 20% l'inabilità lavorativa medico-teorica e, dal lato pratico, i danni alla salute accertati dal consulente dell'Ufficio AI previo sopralluogo hanno dato luogo a un'invalidità del 4,49% nel compiere le mansioni consuete nell'economia domestica, non essendo in presenza di disturbi psichici le discrepanze emerse fra le due valutazioni sono in specie ininfluenti. Ad ogni modo, riguardo a queste divergenze il TCA osserva che non va dimenticato che, stante l'obbligo di ridurre il danno nelle assicurazioni sociali, la ricorrente era tenuta a coinvolgere e a farsi aiutare nelle faccende di casa dal figlio che viveva con lei. Per tale motivo, come peraltro osservato in calce al rapporto d'inchiesta, il grado di invalidità ad essa attribuibile è stato ridotto notevolmente proprio grazie all'aiuto prestatole dal familiare. Egli ha infatti sopperito quasi completamente (tranne nel fare il bucato e nello stirare) alle mansioni consuete che l'assicurata non era in grado di svolgere riducendo così il reale impedimento. La ricorrente ha però osservato che il figlio lavorava a tempo pieno e che dal 2024 sarebbe andato a vivere altrove (doc. I). Interpellata al riguardo, la consulente dell'Ufficio AI ha riportato nelle sue annotazioni del 3 dicembre 2023 (doc. VII/1) i principi giurisprudenziali sull'esigibilità dell'aiuto dei familiari stante l'obbligo di ridurre il danno, ricordando che ogni persona assicurata deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità. In ambito casalingo, se la persona assicurata, a causa della sua inabilità, può svolgere determinate mansioni domestiche solo con difficoltà e con un impegno temporale assai più elevato, deve provvedere a riorganizzare il proprio lavoro e, nella misura usuale, ricorrere all'aiuto dei familiari. Nel caso di persone attive nell'economia domestica, un impedimento

può così essere considerato dall'assicurazione invalidità solo se le mansioni non più esercitabili personalmente devono essere eseguite da terze persone dietro pagamento oppure da familiari che, per fare ciò, dimostrano di subire una perdita di guadagno o comunque un aggravio eccessivo. Il grado di aiuto che si può pretendere dai familiari per l'aiuto in favore di una persona casalinga invalida va oltre il sostegno che ci si può normalmente attenere senza un danno alla salute (DTF 133 V 504 consid. 4.2). La consulente ha poi riportato alcuni esempi tratti da sentenze del Tribunale federale riguardo all'esigibilità dell'aiuto dei familiari che sono stati integrati nella prassi amministrativa al N. 3614 CIRAI, concludendo che poiché al momento in cui è stata effettuata l'inchiesta domiciliare l'assicurata viveva con il figlio maggiorenne, era esigibile che quest'ultimo l'aiutasse a svolgere le mansioni consuete. Conformemente alla giurisprudenza evocata, la scrivente Corte conviene perciò che stante l'obbligo di ridurre il danno, la ricorrente poteva e doveva chiedere assistenza al figlio nelle faccende domestiche e quindi è corretto che l'impedimento finale rilevato nella loro esecuzione fosse di gran lunga inferiore. Inoltre, l'interessata ha contestato che il grado di impedimento sia solo del 20% anche considerando l'aiuto parziale del figlio, perciò riportato sulla quota parte del 30% svolta come casalinga si avrebbe un grado parziale di invalidità come casalinga del 7%. Anche in tale evenienza l'assicurata ha confuso il grado di inabilità lavorativa medico-teorica stabilito dal Servizio Medico Regionale con quello degli impedimenti riscontrati a domicilio dalla consulente dell'Ufficio AI, che sono determinanti per la quota parte come casalinga. Va altresì rilevato che l'insorgente non ha contestato né la ripartizione delle attività e le relative percentuali attribuite dalla consulente, né la determinazione degli impedimenti per ciascuna di esse come pure il grado di disabilità nelle singole attività. Essa si è infatti limitata ad affermare che le problematiche alla spalla destra e i forti dolori che ne derivavano le impedivano di effettuare i lavori domestici, perciò il grado di invalidità era sicuramente superiore al 4,49%, ma non ha saputo indicare in quale misura era impedita di svolgere una o l'altra attività né quale era il grado di impedimento per determinate mansioni consuete. A proposito del valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'Ufficio AI, nella DTF 128 V 93 l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha stabilito 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; STFA I 102/00 del 22 agosto 2001, consid. 4). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento da parte della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo. Alla luce di ciò, non emergendo delle incongruenze sull'operato dell'assistente sociale, non v'è ragione di scostarsene. Questo Tribunale non ha dunque motivo per sovvertire le valutazioni della consulente, che ha esaminato di persona la capacità residua dell'assicurata nelle mansioni consuete. La funzionaria, a prescindere dal fatto che sia alle dipendenze dell'amministrazione cantonale, ha agito in modo imparziale e professionale essendo specialista in materia e quindi nel pieno rispetto unicamente sia delle direttive sia della giurisprudenza (STCA 32.2023.117 del 18 marzo 2024, consid. 2.12; STCA 32.2020.134 del 26 aprile 2021, consid. 2.11; STCA 32.2020.51 del 29 ottobre 2020, consid. 2.18; STCA 32.2018.79 del 28 maggio 2019, consid. 2.18). Quest'ultima ha espletato il suo incarico sulla base delle emergenze mediche e ha correttamente applicato le direttive in materia per le persone assicurate occupate nell'economia domestica. Non vi è pertanto alcuna valida ragione per mettere in dubbio le sue conclusioni. Inoltre, nell'inchiesta domiciliare in

questione è stata stabilita correttamente una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui ai NN. 3609-3611 CIRAI, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. L'allora Tribunale federale delle assicurazioni, nella sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000 (citata anche al considerando 4.1 della STF 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013), ha confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità giusta l'art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Di conseguenza, la valutazione dell'assistente sociale riportata nel rapporto del 7 marzo 2023 va senza alcun dubbio posta alla base della determinazione del grado di invalidità dell'assicurata per la parte di casalinga svolta in ragione del 30%. 2.14. Sulla base del metodo di misto applicabile alla ricorrente, che va ritenuta salariata in ragione del 70% e casalinga per il restante 30%, si ha che il grado di invalidità parziale per la parte salariata del 48,83% (cfr. consid. 2.11) e quello per la parte casalinga stabilito dall'inchiesta domiciliare nel 4,49% , danno luogo, tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento che la dr.ssa _____ ha confermato essere avvenuto il 9 settembre 2021, a un grado di invalidità globale del 35,53% ($70 [parte\ salariata] \times 48,83\% [impedimento\ parte\ lucrativa] + 30 [parte\ casalinga] \times 4,49\% [tasso\ di\ impedimento\ nelle\ mansioni\ consuete]$), arrotondato al 36% . Come stabilito dall'Ufficio AI nella decisione del 19 ottobre 2023, questo grado AI non dà dunque diritto alla ricorrente a una rendita AI dal 1° gennaio 2022, mentre è dato, circostanza incontestata, il diritto a una rendita intera dal 1° agosto 2017 al 31 dicembre 2021 stante un grado di invalidità del 100%. 2.15. Da quanto precede discende che la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di rinviare gli atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici e per emettere una nuova decisione che le attribuisca una rendita di invalidità di almeno il 40% dal 1° gennaio 2022, deve essere respinta. 2.16. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGa, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno addebitate all'insorgente.

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