

## **TI\_GERICHTE 32.2023.14 vom 18. Januar 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-01-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.14](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.14)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.14 du 18 janvier 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.14 del 18 gennaio 2023

### **Regeste**

Ricorso (respinto) contro la decisione di rifiuto di prestazioni. Valutazione SMR confermata, le refertazioni prodotte dall'A. essendo irrilevanti, rispettivamente posteriori alla decisione impugnata. Conferma dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

marzo 2012; STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto alla rendita dopo aver determinato un grado non pensionabile di limitazione nel compimento delle mansioni nell'ambito della propria economia domestica del 30%. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, prevede al marginale 9101 che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". I marginali 1007 e seg. della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, stato al 1. gennaio 2022 e valido da tale data, prevedono che: " Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022. " Secondo le citate circolari, dunque,

qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1. gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, al momento della presentazione della domanda l'assicurata non beneficiava di una rendita AI (cfr. supra consid. 1.2.). La domanda di prestazioni è stata presentata il 22 novembre/1. dicembre 2021, ragione per cui l'eventuale diritto a prestazioni è in ogni caso insorto dopo la modifica legislativa di cui sopra (cfr. artt. 28 cpv. 1 lett. b e 29 cpv. 1 LAI), a prescindere dall'insorgenza dell'invalidità teorica adottata dall'assicurata. Visto quanto precede, in casu torna applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022.

2.3. 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, p. 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%.

2.4. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché – in simili condizioni – l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di un'attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGA (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che

intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Va qui segnalato che dal 1° gennaio 2018 è entrato in vigore il nuovo art. 27 cpv. 1 OAI. 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 seg (45-46)).

2.5. 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. CFPG, 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. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale

sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (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 in 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, 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 Tribunale federale del

#### **E. 14**

dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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). Nelle succitate due sentenze in parola 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. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche 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. 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 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5.). 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano

ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4., pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1. pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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'art. 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 del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su

tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a) cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a) cc ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (\_\_\_\_\_ , "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni nel dicembre 2021, al fine di accertare l'eventuale diritto dell'assicurata ad una rendita l'Ufficio AI ha esperito gli accertamenti medici ed economici confluiti nel rapporto SMR del 26 luglio 2022, rispettivamente nel rapporto del 4 ottobre 2022 dell'ispettore consulente (cfr. supra consid. 1.2.), emanando la decisione qui impugnata, debitamente preavvisata (cfr. supra consid. 1.3.). La ricorrente contesta la valutazione medico-teorica e quella economica operata dall'Ufficio AI con argomentazioni di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito. 2.8. Questo Giudice, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dal medico SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non ha motivo per metterne in dubbio le conclusioni di cui al rapporto finale del 26 luglio 2022. In effetti, per poter allestire il suddetto rapporto il medico SMR si è basato proprio su quanto asserito dai curanti, come si illustrerà in appresso. Nel rapporto

medico del 24 dicembre 2021, a tratti illeggibile, il dr. \_\_\_\_\_, oltre ad attestare un'incapacità lavorativa completa dal 23 giugno 2021 (data dell'insorgenza dell'affezione carcinogena, cfr. supra consid. 1.1. e seg.) si era così espresso circa le diagnosi con e senza ripercussione sulla capacità lavorativa: " 2.5 Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa [...] gastroectomia totale. ca Dumping sindrome. 2.6 Diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa Diabete Depressione." (doc. 14 incarto AI) Nel suo rapporto del 14 gennaio 2022 il dr. \_\_\_\_\_, oltre ad indicare un'incapacità lavorativa del 100% e continua per antecedenti medici, ha descritto la situazione della paziente esclusivamente sotto il profilo oncologico non indicando alcuna diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, mentre quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa aveva indicato: " 2.6 Diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa Adenocarcinoma G3 del antro/corpo gastrico localmente avanzato, con aspetti sigillo-cellulari di crescita dissociata., FISH HER 2 negativa; diagnosi endoscopica 15.06.2021 - Laparoscopia di staging il 23.06.2021: assenza di documentabile carcinosi macroscopica e al lavaggio peritoneale - Stadiazione definitiva ypT3, ypNo (0/38) L/Vo, Pno, Ro, G3." (doc. 15 incarto AI) Nel suo rapporto del 14 febbraio 2022 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato un'incapacità lavorativa del 100% da settembre 2021 e continua, precisando tuttavia che " La sottoscritta non ha mai attestato incapacità lavorativa. Probabilmente è stata attestata dall'oncologo ". Circa la situazione medica, anche la curante si è espressa unicamente circa la sua disciplina, non avendo formulato alcuna diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa: " 2.5 Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa [...] Sindrome di disadattamento. Reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10 : F 43.22). Diagnosi posta nel settembre 2021. Incapacità lavorativa crescente fino al 30%, cmq [illeggibile, n.d.r.] allo stato fisico della paziente." (doc. 17 incarto AI) Dopo aver acquisito ulteriore documentazione medica dal dr. \_\_\_\_\_, il medico SMR, coadiuvato da un collega specialista in psichiatria e psicoterapia, ha visitato la ricorrente il 19 luglio 2022, descrivendo nel suo rapporto del giorno seguente l'anamnesi familiare/personale, fisiologica, patologica remota, socio lavorativa e della vita quotidiana, i disturbi soggettivi, le abitudini nocive, la mancanza di precedenti psichiatrici prima della diagnosi della dr.ssa \_\_\_\_\_ a settembre 2021, accertando la terapia farmacologica e lo status e condividendo la diagnosi formulata dalla curante psichiatra. In conclusione, il medico SMR ha rilevato che " dall'osservazione diretta, da cui emerge come l'assicurata sia oggettivamente coinvolta nel ménage domestico e nella cura dei figli, emerge una lieve difficoltà ad impegnarsi nei compiti fisicamente pesanti, una verosimile tendenza alla procrastinazione di compiti non immediatamente indispensabili che giustificano una riduzione globale di rendimento del 20% dal giugno 2021 cioè dall'inizio dell'inabilità certificata dal Dr. \_\_\_\_\_ " (doc. 25 incarto AI). In ragione di quanto precede, quanto attestato dal medico SMR nel suo rapporto finale del 26 luglio 2022 (cfr. supra consid. 1.2.) non presta il fianco a critiche. In effetti, il dr. \_\_\_\_\_ (medico generico) aveva indicato quale diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa la problematica afferente all'ambito oncologico, ciò che però lo specialista in oncologia, dr. \_\_\_\_\_, non ha ritenuto corretto. Viceversa, il medico di famiglia aveva ritenuto la problematica psichiatrica irrilevante sotto il profilo della capacità lavorativa, circostanza smentita sia dalla curante specialista in psichiatria che dal medico SMR, coadiuvato dal collega psichiatra dr. \_\_\_\_\_. Il certificato del dr. \_\_\_\_\_ datato 11 novembre 2022 e presentato con le osservazioni al progetto presenta il seguente tenore: " [...] certifico che la paziente [...] presenta: - Status dopo cura carcinoma gastrico con gastroectomia totale con

chemio e terapia neo e agiovente; - Sindrome ansio-depressiva marcata allegata allo status di salute a causa del carcinoma e situazione familiare; - Diabete tipo II severo difficile da controllare essendo la paziente giovane <40 anni; - Sindrome vertebro-midollare su discopatia lombare; - Inizio polineuropatia probabilmente diabetica con disturbo del cammino e della sensibilità; - Sindrome dumping severa difficile da controllare allegata alla gastrectomia con deficit calorico allegato ad un'alimentazione riduttiva con stanchezza cronica. Tutte queste patologie portano l'evoluzione della malattia verso un peggioramento e necessita ad vitam un controllo stretto clinico, radiologico e multidisciplinare con medici referenti [...]. Tutte queste diagnosi anche se la signora è casalinga è giustificabile una rivalutazione della decisione AI.” (doc. 35, allegato C, incarto AI). Di tutta evidenza, il certificato del curante, il quale si è limitato ad elencare delle diagnosi, prognosticare un peggioramento (senza però documentarlo) ed auspicare una nuova valutazione da parte dell'Ufficio AI non è idoneo a far sorgere dubbi circa il rapporto SMR. Per tacere del fatto in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, neppure se specialista (cfr. supra consid. 2.6.). Corretta appare dunque la conclusione del medico SMR che, vagliato il suddetto certificato, ha osservato che “ Quanto certificato dal dr. [...] \_\_\_\_\_, in assenza di un peggioramento del quadro clinico-valetudinario documentabile, [...] costituisce unicamente [...] un diverso apprezzamento di una situazione già sufficientemente oggettivata. ” (doc. 37 incarto AI). Per quanto attiene alle refertazioni mediche prodotte con il gravame e nelle more del ricorso (in particolare i rapporti del 30 gennaio e 29 marzo 2023 del dr. \_\_\_\_\_, il certificato del 28 aprile 2023 del dr. \_\_\_\_\_ e il rapporto medico del 2 maggio 2023 del dr. \_\_\_\_\_), si rileva che la ricorrente se ne prevale per avvalorare la tesi secondo cui a seguito dell'intervento del 10 febbraio 2023 vi sarebbe stato un peggioramento della situazione valetudinaria tale da influire sul grado d'invalidità, come da lei prognosticato (cfr. supra consid. 1.4.). A tal proposito, si rammenta che per costante giurisprudenza il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (pro multis DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in concreto dunque il 18 gennaio 2023 (cfr. supra consid. 1.4.). Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Conseguentemente, oltre a non mettere in dubbio la valutazione del medico SMR, in applicazione della surriferita giurisprudenza gli ultimi certificati prodotti non sono in casu decisivi ai fini del giudizio. Ciò accertato, tali refertazioni, in particolare il rapporto del 2 maggio 2023 del dr. \_\_\_\_\_, potrebbero giustificare l'entrata in materia su una nuova domanda di prestazioni, come peraltro anticipato dalla stessa amministrazione (cfr. supra consid. 1.11.). Visto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dal ricorrente in questa sede è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni del medico SMR, a cui va prestata integrale adesione. 2.9. La ricorrente contesta la valutazione economica operata dall'Ufficio AI, censurando il fatto che durante l'inchiesta ella era “ sdraiata a rispondere a delle domande e non all'opera ” e che “ quel poco che riesce a fare, lo fa con l'aiuto dei figli più grandi [...] e del marito ”, ritenendo inaccurata l'indagine svolta dall'ispettore consulente (cfr. supra consid. 1.3. e 1.4. in fine). Va qui rilevato che l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica – se redatta secondo le indicazioni fornite dalla

Circolare dell'UFAS sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (cifre 3087-3090 CIGI) – costituisce una base di giudizio idonea e di regola anche sufficiente. Per potergli attribuire piena forza probatoria, è però essenziale che il rapporto sia redatto da una persona qualificata – quale è normalmente un collaboratore dei servizi sociali (pro multis STFA I 102/00 del 22 agosto 2000 consid. 4) – in conoscenza delle circostanze concrete come pure delle limitazioni risultanti dagli accertamenti medici. Inoltre il rapporto deve tenere conto delle indicazioni della persona assicurata e menzionare, se del caso, le opinioni divergenti. L'inchiesta deve infine essere plausibile, motivata e sufficientemente dettagliata in merito alle singole limitazioni e deve riprodurre quanto accertato in loco (STFA I 90/02 del 30 dicembre 2002 consid. 2.3.2 non pubblicato in DTF 129 V 67, ma in VSI 2003 pag. 218). Secondo giurisprudenza, il ricorso al giudizio di un medico che abbia a pronunciarsi sulle singole posizioni dell'inchiesta sotto il profilo dell'esigibilità è solo eccezionalmente necessario, segnatamente in presenza di dichiarazioni inverosimili della persona assicurata in contraddizione con i reperti medici (VSI 2004 pag. 137 consid. 5.3 [ I 311/03 ] e 2001 pag. 155 consid. 3c [99/00]; cfr. pure SVR 2005 IV n. 21 pag. 84 consid. 5.1.1 [ I 249/04 ]) (pro multis STF 9C\_896/2012 del 31 gennaio 2013 consid. 4., 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 5.2., entrambe riferite alla CIGI nelle precedenti versioni). In ogni caso, nella misura in cui il rapporto d'inchiesta economica è stato redatto conformemente alle disposizioni di legge e alla CIGI, il giudice delle assicurazioni sociali deve di principio esercitare estremo riserbo nella disamina dell'inchiesta, limitandosi ad intervenire solo in casi di errori manifesti (STFA dell'11 marzo 1985 in re V.B. consid. 2d., in: ZAK 1986, pag. 235; DTF 128 V 93 consid. 4 e STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003 consid. 2). In concreto, l'inchiesta economica è stata esperita il 27 settembre 2022 dal consulente ispettore \_\_\_\_\_ al domicilio dell'assicurata. Nel rapporto del 4 ottobre 2022 (doc. 28 incarto AI) l'ispettore ha indicato le diagnosi mediche conformemente al rapporto finale SMR del 26 luglio 2022 (confermato in questa sede; cfr. supra consid. 2.8.), ha riportato le indicazioni soggettive dell'assicurata circa il suo stato valetudinario, i trattamenti in essere e la cura farmacologica, ha accertato lo statuto lavorativo della stessa (non lavora dal 2012, si mantiene con il salario del marito e gli assegni familiari ed è stata da ultimo attiva quale casalinga a tempo pieno), rilevando le persone che vivono nell'economia domestica (il marito e quattro figli), le condizioni di abitazione (appartamento di 4 ½ locali munito di lavastoviglie, lavatrice e ubicato in zona di comodo accesso nelle vicinanze di negozi e mezzi pubblici, l'assicurata guida l'automobile per brevi tragitti). Quo agli impedimenti, l'ispettore ha indicato le cinque attività (1. Pasti; 2. Pulizia dell'alloggio; 3. Acquisti; 4. Bucato, cura vestiti e 5. Cura e assistenza ai figli e/o familiari) e, dopo aver riportato le asserzioni dell'assicurata, ha proceduto ad una disamina critica delle stesse e a conferire ad ogni singola attività una percentuale di importanza, di impedimenti e d'invalidità. La valutazione globale dell'ispettore riporta una percentuale globale delle attività del 100% ed una percentuale d'invalidità del 30%, il rapporto menzionando altresì il fatto che l'assicurata beneficia dell'aiuto di un'ausiliaria di pulizie in ragione di quattro ore alla settimana, come pure dell'assistenza prestatata dal marito e dalla figlia maggiore nell'espletazione delle mansioni. Tutto bene considerato, ritenuto che l'insorgente ha semplicemente espresso un parere divergente rispetto a quello dell'ispettore circa le limitazioni quotidiane causate dalle varie affezioni, non rilevando (grossolani) errori nell'agire di quest'ultimo che appare conforme alla legge e alle pertinenti cifre della CIGI, viste anche le spiegazioni fornite con l'annotazione del 18 gennaio 2023 (doc. 40 incarto AI) e ricordato il riserbo al quale il giudice delle assicurazioni sociali deve attenersi

nella valutazione di un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, questo Giudice non ravvisa motivi per dubitare delle conclusioni dell'ispettore consulente. 2.10. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va integralmente respinto. Come detto (cfr. supra consid. 2.8.), ciò non preclude alla ricorrente la possibilità di presentare una nuova domanda di prestazioni adducendo un peggioramento della situazione valetudinaria e prevalendosi delle refertazioni mediche prodotte successivamente alla decisione del 18 gennaio 2023. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGGA 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, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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