

TI_GERICHTE 32.2013.217 vom 11. November 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-11-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.217

FR: TI_GERICHTE 32.2013.217 du 11 novembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.217 del 11 novembre 2013

Regeste

Rinvio degli atti, affinché l'amministrazione, alla luce del peggioramento della patologia cervicale evidenziata dagli specialisti, metta in atto i necessari accertamenti sia a livello reumatologico che neurologico

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, 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 (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité*, *Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora

realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPG, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Va poi ricordato che, secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alla persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato

ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 in re I, consid. 4.3 e STFA I 224/01 del 22 ottobre 2001, consid. 2b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i soli documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c). 2.4. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto ai consid. 2.2. e 2.3. che precedono, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza del TFA, per accertare il reddito conseguibile

dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; STFA inedite 13 giugno 2003 nella causa G., I 475/01 e 23 maggio 2000 nella causa T., U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA del 29 ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.5. L'Alta Corte ha già avuto

modo di affermare l'ammissibilità di principio di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. Nella STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario. Per altri casi in cui, invece del metodo straordinario, è stato applicato il normale confronto dei redditi utilizzando i dati statistici ed esigendo dall'assicurato il passaggio ad un'attività dipendente cfr. STF 9C_335/2007 e STF 9C_13/2007. 2.6. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I

38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.7. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (cfr. STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 2.8. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; 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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni

contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). 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). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione 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 (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi

sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). Infine, va ricordato che 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, STF I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.9. Nella decisione dell'11 novembre 2013, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurata una rendita intera di invalidità dal 1° aprile 2011 al 31 ottobre 2012, sopprimendola poi a partire dal 1° novembre 2012, ritenuto che dalle valutazioni peritali del Dr. _____ e del Dr. _____ e del successivo raffronto dei redditi, è emerso che l'interessata non presenta un grado di invalidità pensionabile dopo tale data. Il TCA è, quindi, chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.6. e 2.7., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° novembre 2012. 2.10. Dagli atti di causa risulta che l'Ufficio AI ha fondato la propria decisione – dal punto di vista medico – sulle perizie specialistiche del 30 luglio 2011 e del 17 settembre 2012 del Dr. _____ (il perito reumatologo aveva valutato l'assicurata – sempre per la _____ – già il 15 ottobre 2010) e su quella del 4 febbraio 2013 del Dr. _____. Il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e perito certificato SIM, nel referto del 30 luglio 2011 – svolto per conto della _____ – ha posto la seguente diagnosi: " (...) Sindrome cervicospondilogenica cronica a sinistra in - Alterazioni degenerative del rachide cervicale con osteocondrosi C4/C5 con bulging discale asimmetrico, con leggero restringimento del forame di coniugazione a sinistra, marcata osteocondrosi C5/C6 con ernia discale paramediana a destra con leggero restringimento osteodiscale dei forami di coniugazione bilaterali e leggera compressione del midollo spinale, incipiente osteocondrosi C6/C7 con leggero bulging discale con moderato restringimento del forame di coniugazione della radice di C7 a sinistra . Sindrome lombospondilogenica

cronica a destra in - Alterazioni degenerative della colonna lombare (moderata osteocondrosi L3/L4 con contatto e con deviazione delle radici di L5 bilateralmente, moderata osteocondrosi con spondilartrosi L5/S1) - Anomalia di transizione lombosacrale con lombarizzazione di S1 - Disturbi statici del rachide - Tendenza ad ipermobilità articolare - Decondizionamento e sbilancio muscolare Periartropatia omeroscapolare a sinistra con sintomatologia di attrito Probabile evoluzione verso una sindrome del dolore aspecifico” (doc. AI 53-19). Il Dr. _____ ha quindi valutato l’assicurata inabile al 100% “ in quanto cure specifiche ancora in atto ” (doc. AI 53-19). In merito alla prognosi, lo specialista ha indicato che al termine delle cure presso la _____ l’assicurata potrà riprendere il lavoro precedente di ausiliaria di pulizie nella misura del 25%, mentre quale estetista al 50% (do. AI 53-20). A seguito dell’intervento di decompressione interlaminare ed interspinosa microchirurgica L4/L5, svolto il 27 gennaio 2012 alla _____, l’amministrazione ha predisposto un nuovo accertamento medico presso il Dr. _____ (doc. AI 82-19). Nella perizia del 17 settembre 2012 il Dr. _____ ha posto la seguente diagnosi: " (...) Sindrome cervicospondilogenica cronica bilaterale - Alterazioni degenerative della colonna cervicale (osteocondrosi C4/C5 con bulging discale asimmetrico, con leggero restringimento del forame di coniugazione a sinistra, marcata osteocondrosi C5/C6 con ernia discale paramediana destra con leggero restringimento osteodiscale dei forami di coniugazione bilaterali e leggera compressione del midollo spinale, di incipiente osteocondrosi C6/C7 con leggero bulging discale con moderato restringimento del forame di coniugazione della radice di C7 a sinistra). Sindrome lombovertebrale cronica in - Esiti da decompressione interlaminare ed interspinosa microchirurgica L4/L5 dalle due parti, il 27.1.2012 - Alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare (osteocondrosi L3/L4 con bulging discale, discopatia L4/L5, osteocondrosi con spondilartrosi L5/S1) - Anomalia di transizione lombosacrale con lombarizzazione di S1 - Disturbi statici del rachide - Tendenza ad ipermobilità articolare - Decondizionamento e sbilancio muscolare Periartropatia omeroscapolare a sinistra” (doc. AI 83-21). Il perito, facendo riferimento alla valutazione di decorso della _____ del 12 marzo 2012 (doc. LaMal 59-1), riferiva di un decorso postoperatorio molto soddisfacente, con regressione della sintomatologia algica preoperatoria e possibilità di ripresa progressiva del lavoro all’inizio di aprile 2012 (doc. AI 83-20). Il Dr. _____ ha perciò ritenuto l’assicurata abile nella sua ultima attività di ausiliaria di pulizie dal 27 luglio 2012 (sei mesi dopo l’intervento chirurgico alla _____) sull’arco di una giornata normale di lavoro con una diminuzione del rendimento del 75%. Quale estetista invece la diminuzione del rendimento è del 50%, mentre in attività adeguata l’abilità è del 100%, sempre a partire dalla medesima data (doc. AI 83-21+22). Su indicazione del Dr. _____, l’Ufficio AI ha predisposto anche una valutazione neurologica presso il Dr. _____ (cfr. doc. AI 83-20, pag. 20). Il perito si è così espresso: “ L’assicurata va anche sottoposta a perizia neurologica specialistica, in quanto presenta una possibile paresi all’arto inferiore destro rispettivamente non è esclusa una componente cervicoradiculare irritativa ”). Il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, nella valutazione peritale del 4 febbraio 2013 ha posto la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro: " Sindrome lombospondilogenica cronica con: - stato da decompressione interlaminare e interspinosa microchirurgica L4/L5 bilaterale (27.01.2012) - modeste alterazioni degenerative lombari ai livello

L3/L4 e L4/L5 e L5/S1 - attualmente senza deficit neurologici radicolari
Sindrome cervicospindillogena cronica bilaterale con: - alterazioni degenerative
principalmente ai livelli C5/C6 e C6/C7 senza lesioni delle strutture nervose a
questo livello” (doc. AI 91-6+7). A mente del perito dal punto di vista
neurologico “ non vi sono reperti determinanti un’incapacità lavorativa ” (doc. AI 91-8).

2.11. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l’operato dell’amministrazione, in quanto i disturbi di cui soffre non sono stati chiariti in modo soddisfacente. Al riguardo il TCA rileva innanzitutto che in sede di osservazioni al progetto di decisione l’assicurata, a quel momento patrocinata dall’avv. _____, ha prodotto il rapporto di risonanza magnetica del 6 dicembre 2012 della Dr.ssa _____ dell’Ospedale regionale di _____, che ha messo in evidenza un cambiamento a livello C6-C7 con un “ incipiente quadro di osteocondrosi conosciuta a cui si associa attualmente componente di ernia discale medio-laterale destra che indenta il midollo ” (doc. AI 102-4). Nelle annotazioni dell’11 aprile 2013 il Dr. _____ ha indicato semplicemente che la risonanza magnetica “ è stata presa in considerazione durante la perizia neurologica ” (doc. AI 104-1). Il precedente legale di RI 1 ha poi prodotto il rapporto RM del 10 maggio 2013 della Clinica _____ (doc. AI 109-1) e i referti del 7 e 24 giugno 2013 della _____ di _____ (doc. AI da 110-2 a 110-9). Su indicazione del medico Dr. _____ del SMR, l’Ufficio AI ha sottoposto la documentazione medica ai due periti, Dr. _____ e Dr. _____ (doc. AI 113-1, 114-1, 115-1). Il 12 agosto 2013 il Dr. _____ ha indicato, in particolare: “ (...) Il 10.5.2013, la risonanza magnetica del rachide cervicale mostrava discopatie plurisegmentali da C4 a C7 già, note al momento della mia valutazione peritale del 17.9.2012; l’indagine neuroradiologica del rachide cervicale del 10.5.2013 era anche a disposizione della specialista FMH in neurologia Dr.ssa _____ della clinica _____ il 4.6.2013, la quale nel suo scritto del 24.6.2013 concludeva: "Klinisch: schmerzhaft bedingte Bewegungseinschränkung, ausgeprägte myofasziale Komponente, keine fokal neurologischen Defizite. ENNG: normale Kennmuskulatur C5-C7 rechts-, normale Medianus- und Ulnarisneurographie beidseits"; la specialista in neurologia Dr.ssa _____ sottolineava che al momento della sua valutazione, l’assicurata non assumeva farmaci analgesici in via regolare; sul piano terapeutico, la neurologa proponeva di introdurre un trattamento miorilassante, l’inizio di un trattamento fisioterapico, un approccio diagnostico-terapeutico infiltrativo delle faccette intraapofisarie C6/C7 dalle due parti e C5/C6 bilateralmente, in caso di insuccesso un’infiltrazione interfaccettaria C4/C5 dalle due parti; nello scritto antecedente del 6.6.2013, lo specialista FMH in neurochirurgia Dr. _____ della clinica _____, scriveva: "Trotz der starken Schmerzen wird auf eine Oralanalgesie nur sporadisch zurückgegriffen. Die Schmerzintensität wird derzeit mit einem VAS 5-6 angegeben. Spezielle Auslöser für die Schmerzen sind nicht erurierbar. Frau RI 1 arbeitet in einem Manikür-Salon und ist dort zu 100 % arbeitstätig.". In sintesi, mettendo a confronto i dati soggettivi ed oggettivi eruiti durante la perizia reumatologica del 17.9.2012 ma anche durante quella neurologica del 29.1.2013, con la documentazione medica sopra elencata messami ora gentilmente a disposizione, non sono subentrati cambiamenti dello stato di salute della vostra assicurata in grado di modificare la valutazione della capacità funzionale e di carico residua e quindi della capacità lavorativa nell’ultima attività espletata come pure in lavori adatti allo stato di salute, formulati nello scritto peritale del 17.9.2012.” (doc. AI 117-2). Il Dr. _____,

dal canto suo, ha rilevato quanto segue: " (...) La documentazione più recente rispetto alla mia valutazione del 29.01.2013 non porta nuovi elementi per quel che riguarda gli aspetti neurologici. Si conferma da un lato la presenza di dolori a livello cervicale e lombare, una dettagliata valutazione neurologica con anche esteso esame elettrofisiologico eseguito presso clinica _____ conferma, come già avevo descritto nel mio esame, l'assenza di deficit neurologici sia a livello del cingolo scapolare che del cingolo pelvico, in particolare anche a questo esame si escludono deficit radicolari agli arti superiori. La problematica a livello lombare viene descritta come di grado lieve ("leicht"). La situazione concernente i dolori sembra essere peggiorata rispetto alla mia valutazione a livello cervicale, dove si parla di una sindrome cervicale acuta. Non si sono però modificati gli aspetti strettamente neurologici a proposito dei quali avevo preso posizione nella mia valutazione. La componente cervicospondilogenica algica è di competenza reumatologica e dunque eventualmente questo aspetto dovrà essere rivalutato in questo ambito. Per quel che riguarda invece gli aspetti neurologici penso che la dettagliata valutazione alla clinica _____ sia sufficiente per confermare in pratica il reperto già da me descritto alla fine di gennaio 2013, che risultava, per gli aspetti neurologici, normale." (doc. AI 116-2+3) Nel mese di febbraio 2014 la patrocinatrice di RI 1 ha prodotto il rapporto del 30 ottobre 2013 della _____ (successivo all'ultima valutazione del Dr. _____, ma antecedente alla decisione impugnata), in cui il Dr. _____ ha riferito che dopo le infiltrazioni in C5/6 e C6/7 del luglio 2013, vi è stata una ricomparsa dei dolori: " Im Anschluss an die Facettengelenksinfiltration C5/6 und C6/7 beidseits vom 19.07.2013 war die Patientin für sieben Wochen schmerzfrei. Nun sind die bekannten Schmerzen erneut vorhanden ". Questo ha reso necessaria una nuova infiltrazione (doc. S). La rappresentante della ricorrente ha poi prodotto lo scritto del 14 gennaio 2014 del Dr. _____ della _____, nel quale quello specialista ha comunicato al medico curante Dr. _____ l'indicazione per un intervento di fissazione di almeno due vertebre della colonna vertebrale (C5/C7), con possibilità anche del segmento C4/5: " Aufgrund des guten Ansprechens auf die Infiltrationen ist hier sicherlich eine Operationsindikation gegeben. Diese würde dann aus einer Spondylodese C5 bis C7 bestehen. Leider besteht auch im Segment C4/5 bereits eine Bandscheiben protrusion mit einer Einengung des cervicalen Spinalkanals, so dass man bei einer Zweihöhenfusion überlegen müsste, ob auch dieses Segment miterfasst werden müsste. Die andere Frage, die sich jedoch stellt ist, ob beide infiltrierte Segmente tatsächlich auch symptomatisch sind. Nachdem dieser Umstand das Ausmass der Operation durchaus wesentlich mitbestimmt, denke ich, wäre es hier sicherlich sinnvoll noch eine Stufendiagnostik durchzuführen, beginnend im Segment C6/7, anschliessend C5/6 und gegebenenfalls auch C4/5 aus rein diagnostischen Gesichtspunkten. Im Anschluss an diese Stufendiagnostik wurde ich mich dann erneut mit der Patientin zusammensetzen und den definitiven operativen Eingriff planen und durchführen. Zur Durchführung der Stufendiagnostik würde ich Herrn Dr. _____ erneut bitten, die Patientin direct Aufzubieten. " (doc. M) Nello scritto del 29 gennaio 2014 il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna, ha poi censurato la valutazione reumatologica del Dr. _____, in particolare per quanto riguarda la patologia cervicale, ed ha rilevato: " (...) Nel rapporto peritale datato 17.09.2012 del perito Dr. med. _____ reumatologo ed in particolare alla pagina 21 sotto il capoverso B e C "conseguenze sulla capacità del lavoro e conseguenze sulla capacità d'integrazione" lo stesso perito scrive: "Per le patologie di stretta competenza reumatologica giudico l'assicurata a distanza di sei mesi dall'intervento neurochirurgico subito al rachide lombare il 27.01.2012". Con questa premessa, si evincono

chiaramente due punti fondamentali per cui questa valutazione non va presa in considerazione. Il primo è che viene scotomizzata la situazione a livello della colonna cervicale, tralasciando quindi un'importante fonte di sofferenza e di limitazione funzionale che la paziente ha sempre denunciato come essere estremamente invalidante. Come secondo ulteriore punto il Dr. med. _____, non ha a mio avviso il diritto di esprimersi su degli aspetti puramente neurochirurgici, in particolare in quanto attiene alla patologia cervicale. A tutto ciò, bisogna aggiungere (vedi documenti in allegato) che la paziente, in data 05.10.2013, ha subito inoltre un incidente automobilistico con un colpo di frusta cervicale che è andato evidentemente a peggiorare la già critica situazione. Non per nulla, è stata poi presa a carico presso la _____, dove ha subito valutazioni neurologiche, terapie infiltrative e probabilmente finirà per doversi pure sottoporre ad un intervento neurochirurgico cervicale. Alla luce di ciò, trovo assurda la decisione presa dall'Assicurazione Invalidità. La situazione clinica deve sicuramente essere rivalutata perché intervenuto un cambiamento radicale dello stato di salute della mia paziente.” (doc. P) Il TCA constata che questa nuova documentazione medica non è più stata sottoposta alla valutazione, né di un reumatologo, né di un neurologo. Nelle annotazioni del 12 febbraio 2014 il medico del SMR, Dr. _____, ha concluso che la documentazione della _____ non oggettiva una sostanziale modifica della situazione clinica (doc. XIII). Questo Tribunale non può condividere le conclusioni dell'amministrazione. Dalla documentazione medica prodotta dalla ricorrente emerge un peggioramento della patologia cervicale, antecedente alla decisione impugnata, che ha successivamente reso necessario un intervento chirurgico di spondilodesi (doc. T1 e doc. XX+1-2). Agli atti vi è innanzitutto la risonanza magnetica del 6 dicembre 2012 della Dr.ssa _____ che aveva già messo in evidenza un cambiamento a livello C6-C7 rispetto al precedente esame (doc. AI 102-4). Inoltre, nelle osservazioni del 30 luglio 2013 il perito neurologo Dr. _____ indicava che “ La situazione concernente i dolori sembra essere peggiorata rispetto alla mia valutazione a livello cervicale, dove si parla di una sindrome cervicale acuta ” (doc. 116-2, la sottolineatura è del redattore). Il peggioramento emerge poi dal rapporto del 30 ottobre 2013 della _____, in cui viene riferito della ricomparsa dei dolori in C5/6 e C6/7 e della necessità di una nuova infiltrazione (doc. S). Nello scritto del 14 gennaio 2014 della _____ si giunge poi all'indicazione di un intervento di fissazione di almeno due vertebre della colonna vertebrale (C5/C7), con possibilità anche del segmento C4/5 (doc.M). RI 1 ha inoltre subito l'intervento di spondilodesi “ Ventrle Diskektomie C5/6 und C6/7 und Spondylose mit Cage und Platte ” alla _____ nel mese di luglio 2014 (degenza dal 1° al 7 luglio 2014) (doc. T1 e doc. XX+1-2). In simili condizioni, secondo questo Tribunale non è possibile, senza prima procedere ad un complemento peritale reumatologico / neurologico concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal profilo strettamente somatico, giustifichi una capacità lavorativa del 25%, quale ausiliaria di pulizie, del 50% quale estetista e una piena abilità in attività adeguata, come indicato dai periti Dr. _____ e Dr. _____. In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale - a proposito del principio sopra esposto secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente - ha già avuto modo di sottolineare che non va tuttavia dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C_468/2009 del 9 settembre 2009; D. Cattaneo, in “ Les expertises en droit des assurances

sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). 2.12. Nella già citata sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.8.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché, alla luce del peggioramento della patologia cervicale evidenziato dagli specialisti della _____, metta in atto i necessari approfondimenti sia a livello reumatologico che neurologico (consider. 2.11.) intesi a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.13. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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