

TI_GERICHTE 32.2019.115 vom 9. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.115

FR: TI_GERICHTE 32.2019.115 du 9 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.115 del 9 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, pag. 379).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

2.3. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della resistenza alle terapie come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

Nel 2015 il Tribunale federale aveva 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 attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, 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 14 dicembre 2017).

Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro 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.

Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6).

Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.).

2.4. Nel caso concreto, l'assicurata ha beneficiato di una mezza rendita di invalidità dal 1° giugno 2011, come stabilito dall'Ufficio AI con decisione del 10 settembre 2013, confermata da questo Tribunale con sentenza 32.2013.171 del 7 agosto 2014, cresciuta incontestata in giudicato.

Nella revisione dell'ufficio intrapresa nel 2017, l'Ufficio AI, al fine di accertare quale sia stata l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata, l'ha sottoposto ad una nuova visita peritale pluridisciplinare a cura del _____.

Dal referto datato 20 dicembre 2018 risulta che il _____ ha fatto capo a quattro consultazioni specialistiche di natura neurologica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), cardiologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____).

Sulla base delle risultanze dei consulti gli specialisti interessati hanno posto quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di ■1. Fibromialgia/sindrome somatoforme da dolore persistente; 2. Sindrome dolorosa panvertebrale cronica con: nell'ambito della prima diagnosi, alterazioni degenerative cervicali tra C4 e C7 con osteocondrosi Modic I a livello C4-C5 e C6-C7, probabile spondiloartrite assiale associata a psoriasi; 3. Probabile spondiloartrite assiale associata a psoriasi: sacroileite bilaterale erosiva leggermente attiva (MRI 25.3.2013); 4. Cefalee croniche cervicocefaliche con possibile componente vasomotorica minore; 5. Malattia coronarica monovasale con coronarografia del 23.10.2017: primo ramo diagonale con stenosi del 50%-70%

emodinamicamente e non significativa (FFR 0.94); stenosi inferiore al 50% della RCA; FRCV: possibile ITA, ex-tabagismo, sovrappeso corporeo, dislipidemia; 6. Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD10-F33.0); 7. Disturbo di personalità misto (ICD10-F61.0); sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)■.

Quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa i periti hanno invece indicato quelle di ■1. Neuropatia deficitaria non algica del nervo safeno ds; 2. Neuropatia deficitaria non algica del nervo genitofemorale ds; 3. Melanoma maligno cutaneo della regione antero-interna della coscia ds, tipo SSM, con crescita verticale, indice di Breslow 1.1 mm, livello di Clark III, stadio pT2a pN0 sn 0/6 M0, stadio IB, prima diagnosi settembre 2009: resezione chirurgica in toto della lesione in data 1.9.2009; escissione pericatriciale complementare, ricerca ed escissione dei linfonodi sentinella in data 13.10.2009; anamnesticamente all■ultimo controllo del maggio 2018: nessuna evidenza di recidiva neoplastica; 4. Stato dopo herpes zoster addominale ds in marzo 2011; 5.

Anamnesticamente psoriasi volgare (nessuna lesione cutanea al momento della visita reumatologica); 6. Addominalgie ricorrenti su probabile IBS (DD: coliche biliari) con/su: ag fecale H. Pylori positivo in gennaio 2018 con triterapia eradicatoria in gennaio 2018 (ag negativo marzo 2018), EGDS dicembre 2017 con asportazione di polipo iperplastico, lieve infiammazione cronica HP negativa, colonoscopia aprile 2012 con asportazione di polipo dentellato senza displasie, colonoscopia maggio 2015 con asportazione di un minipolipo (2mm istologia adebina tuboloso) nel cieco sin, diverticoli nel sigma, sierologia per celiachia negativa in luglio 2017, LTT negativo in novembre 2014, TAC addome dicembre 2017 normale; 7. Anamnesticamente pre-diabete mellito: nel laboratorio attuale del 9.7.2018 emoglobina glicata 5.1% DCCT; 8. Episodi di marcate iperventilazioni con lipotimie associate con: crisi simile durante il test di broncprovocazione aspecifico della metacolina del 9.11.2018 autolimitante, probabile componente d■iperventilazione legata agli sforzi con limitazione funzionale, ergospirometria dell■8.10.2018: nessun indizio per una pneumopatia con disturbo della diffusione sottogiacente; 9. Non escludibile con ultima certezza componente asmatica: funzione polmonare del 6.10.2018 nei limiti inferiori di norma, senza indizi per ostruzione o restrizione, capacità di diffusione normale, test di broncprovocazione aspecifica alla metacolina del 9.11.2018 interrotto precocemente per crisi d■iperventilazione senza però alcuna reazione dopo le prime 2 dosi di metacolina; 10. Russamento posizione nell■ambito di una modesta subostruzione delle prime vie aeree in sonno, in assenza di un indice patologico di eventi ipo/apnoici (video PSG del 26.9.2018), sindrome ansioso-depressiva con possibili attacchi di panico notturni; 11. Sovrappeso con BMI 28 kg/m²■ (doc. 313, pag. 49-51).

La dr.ssa _____ e il dr. _____ del _____, dopo avere riassunto le singole valutazioni specialistiche, hanno concluso che l■assicurata vada considerata complessivamente inabile al lavoro al 50% nelle precedenti attività di ausiliaria di pulizie, aiuto cucina e cameriera ai piani, ma abile al lavoro al 60% in un■attività adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali, a partire dal mese di ottobre 2017 (cfr. doc. 313, pag. 53-54).

Tale valutazione è poi stata fatta propria dal dr. _____ del SMR, nel rapporto finale del 22 dicembre 2018 (doc. 315).

Contro il progetto di riduzione della rendita in corso a seguito di un preteso miglioramento delle condizioni di salute, l■assicurata, rappresentata dall■avv. RA 1, ha presentato della documentazione medico-specialistica attestante, per contro, un peggioramento dello stato di

salute. Tali referti sono stati sottoposti dal dr. _____ del SMR agli specialisti del _____ per una presa di posizione.

Questi ultimi, con complemento del 2 maggio 2019, hanno confermato la loro precedente valutazione, con la seguente motivazione:

Anche questa documentazione è stata sottoposta dall'Ufficio AI al vaglio degli specialisti del _____.

Questi ultimi, con complemento del 22 luglio 2019, hanno ritenuto le ulteriori refertazioni presentate dall'assicurata ininfluenti sugli esiti peritali, così come valutato dai singoli consulenti interpellati e meglio:

Il patrocinatore della ricorrente ha contestato tali considerazioni dei medici del _____, producendo, in corso di causa, ulteriori referti medici attestanti un peggioramento complessivo dello stato di salute rispetto a quanto constatato in sede peritale.

In particolare, con referto del 5 agosto 2019, il dr. _____ ha sottolineato come il problema è dato dalla vista d'insieme che, è nella natura delle cose, manca ai singoli colleghi. Il dr. _____ postula una sindrome somatoforme alla base dei dolori (che indirettamente ammette esistono veramente) ma non fa rientrare questi sintomi nella sua valutazione perché li giudica come di pertinenza psichiatrica. Il dr. _____ si concentra sulle problematiche prettamente psichiatriche giudicando i dolori come di origine reumatologica. E risulta un quadro sfalsato, essendo la paziente sofferente al punto che lavorare non le sarebbe possibile, con un dolore che però non viene considerato da nessuno degli specialisti per i motivi addotti sopra (doc. VIII/I).

Il legale ha, pure, trasmesso un ulteriore referto del dr. _____, datato 9 agosto 2019, con il quale lo psichiatra curante ha ancora una volta espresso il proprio dissenso riguardo alle conclusioni dei periti del _____, rilevando in particolare che:

Anche queste refertazioni specialistiche sono state sottoposte dall'Ufficio AI al _____ per una presa di posizione.

Con complemento del 17 settembre 2019, gli specialisti del _____ hanno nuovamente confermato la correttezza della loro valutazione peritale, ritenendo i rapporti medici degli specialisti curanti dell'interessata privi di elementi in grado di rimetterne in discussione le conclusioni.

In particolare, la dr.ssa _____ e il dr. _____ hanno indicato che:

2.6. 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 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 p. 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 premorbo, 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; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti specialistici, confermare la valutazione peritale pluridisciplinare del _____, posta a fondamento della riduzione ad un quarto di rendita della mezza rendita d'invalidità di cui beneficiava fino a quel momento interessata.

2.7.1. Dal profilo psichiatrico, il TCA rileva che la perizia del dr. _____ non soddisfa le esigenze poste dalla giurisprudenza federale in DTF 141 V 281.

In particolare, mancano nel referto peritale in discussione informazioni a proposito delle risorse personali dell'assicurata in rapporto alla sua personalità e al contesto sociale in cui vive, tenuto anche conto dell'intolleranza ai farmaci messa in luce dallo specialista curante e del peggioramento delle somatizzazioni messo in luce dal consulente neurologo, che potrebbe a suo modo di vedere significare una riduzione delle risorse proprie a risolvere le sue difficoltà. Questo aspetto sarà comunque da valutare maggiormente nell'ambito della consulenza psichiatrica (pag. 1373-1374 inc. AI).

Alla luce di tale mancanza, questo Tribunale non è quindi in grado di determinarsi, secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali, sugli effetti del disturbo da dolore somatoforme, unitamente alla sindrome depressiva e al disturbo di personalità, sulla capacità lavorativa dell'assicurata.

Al riguardo, occorre nuovamente ricordare che, secondo la costante giurisprudenza federale, appare indispensabile un esame degli indicatori che deve essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STF 9C_273/2018 del 28 giugno 2018, pubblicata in SVR 12/2018 IV nr. 76, ripresa in STCA 32.2017.107 del 2 agosto 2019).

Inoltre, come rilevato dallo psichiatra curante, dr. _____, l'esame psichiatrico peritale del dr. _____ difetta, pure, di una raccolta eteroanamnestica, a suo parere fondamentale nel caso di specie, alla luce della gravità delle condizioni di salute dell'assicurata (doc. I/G; IX/J).

Il TCA condivide tali obiezioni sollevate dal dr. _____, posto come lo stesso consulente psichiatra del _____ abbia indicato di non avere richiesto informazioni a terzi, in particolare ai medici curanti, avendo ritenuto ■sufficienti gli atti a disposizione■ (cfr. pag. 1392 inc. AI).

Anche tale aspetto dovrà quindi essere preso in considerazione nell'ambito degli ulteriori approfondimenti che l'Ufficio AI dovrà ordinare al fine di stabilire con esattezza se, rispetto alla precedente valutazione peritale del 2013, lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo psichico, è rimasto invariato, come ritenuto dal dr. _____ o se, invece, come attestato dal dr. _____, abbia subito un peggioramento tale da comportare una qualità di vita precaria, con isolamento sociale (da notare che, in occasione della precedente valutazione _____ del 2013, era stato espressamente rilevato come non fosse presente un ritiro sociale, cfr. pag. 1019 inc. AI) e un quadro clinico complessivo talmente grave da comprometterne completamente il funzionamento globale (doc. I/G; IX/J).

Di conseguenza, stante quanto sopra esposto, alla luce delle oggettive carenze riscontrate nella valutazione peritale psichiatrica, questa Corte ritiene di non potere, con la necessaria tranquillità, fondare il proprio giudizio sull'apprezzamento peritale del dr. _____, ma ritiene indispensabile che le affezioni psichiche presentate dall'interessata vengano approfondite attraverso una accurata valutazione peritale da parte di un altro specialista del _____ e nel rispetto della procedura probatoria strutturata secondo gli indicatori standard richiesti dalla giurisprudenza federale (cfr. STF 9C_665/2018 del 26 novembre 2018, pubblicata in SVR 2019 IV nr. 31, nella quale l'Alta Corte ha confermato la correttezza del rinvio deciso dal Tribunale cantonale delle assicurazioni all'Ufficio AI, siccome non era stata possibile una valutazione in base al rilevante elenco d'indicatori).

2.8. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (■Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen■; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione (■Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist■; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici esterni necessari al fine di chiarire se sia effettivamente intervenuto (e nell'affermativa in che misura e da quando), oppure no, un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata.

Quindi, in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente riguardo alla revisione del diritto alla rendita di invalidità dell'assicurata.

2.9. Con la decisione impugnata l'amministrazione ha pronunciato la riduzione da mezza ad un quarto della rendita AI spettante all'interessata, con effetto dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione, togliendo l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso (cfr. doc. A).

L'insorgente, in sede ricorsuale, ha postulato il ripristino dell'effetto sospensivo (doc. D).

Nella DTF 106 V 18 ■ chiamata a pronunciarsi riguardo al momento in cui si attua la riduzione o la soppressione della rendita, se il giudice annulla la decisione di revisione e ritorna gli atti all'amministrazione perché la stessa, dopo ulteriore istruzione, renda una nuova decisione ■ l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione:

"()Gemäss Beschluss des Gesamtgerichts, dem diese Frage unterbreitet worden ist, erscheint es daher - unter Vorbehalt einer allfällig missbräuchlichen Provozierung eines möglichst frühen Revisionszeitpunktes durch die Verwaltung - als geboten, den mit der revisionsweise verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundenen Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügungsentscheidung andauern zu lassen.(.)" (DTF 106 V 18, consid. 3d, pag. 21)

Nella DTF 129 V 370 il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) si è confermato in questa giurisprudenza e ha ribadito che se l'effetto sospensivo viene tolto a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita o un assegno per grandi invalidi, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all'amministrazione, anche durante tutta tale procedura d'istruzione fino alla notifica della nuova decisione. La nostra Massima Istanza ha, in particolare, osservato:

"()Verfahrensrechtlich korrekt scheint die Lösung von SCHLAURI zu sein (in gleichem Sinne auch ISABELLE HÄNER, Vorsorgliche Massnahmen im Verwaltungsverfahren und Verwaltungsprozess, in: ZSR 1997, 2. Halbbd., S. 392 f. Rz 193), weil mit der Aufhebung der angefochtenen Verfügungsentscheidung der Entzug der aufschiebenden Wirkung nicht mehr weiter gelten kann. Indessen haben weder Verwaltung noch Beschwerdeinstanz in der hier interessierenden Konstellation nach der Konzeption von BGE 106 V 18ergänzende vorsorgliche Massnahmen zu treffen. Dafür sprechen namentlich verwaltungsökonomische Aspekte, die gerade für die Sozialversicherung als typische Massenverwaltung einiges Gewicht haben. Eine Änderung der Rechtsprechung drängt sich demnach nicht auf.(.)" (DTF 129 V 370, consid.4.4, pag. 377)

Questa giurisprudenza è stata confermata ancora nelle STF 9C_301/2010 del 21 gennaio 2011 consid. 3.2, 9C_288/2010 del 22 dicembre 2010 consid. 4, 8C_528/2010 del 20 dicembre 2010 consid. 2 e 8C_451/2010 (nella composizione del TF a cinque giudici) dell'11 novembre 2010 consid. 4 (cfr. anche la STCA 32.2010.357 del 29 aprile 2011; STCA 32.2017.168 dell'8 giugno 2018).

Conformemente alla suesposta giurisprudenza federale, ritenuto che dagli atti non è possibile concludere che l'amministrazione abbia in concreto inteso anticipare in modo abusivo la decorrenza dell'effetto della revisione (DTF 106 V 18) ■ l'amministrazione ha infatti avviato la revisione nel novembre 2017 facendo in particolare esperire una valutazione peritale pluridisciplinare e sottoponendo pure le certificazioni dei curanti al SMR e allo stesso _____ ■ l'effetto sospensivo tolto al ricorso con la decisione

impugnata esplica dunque i suoi effetti anche durante la procedura di rinvio.

Nella ponderazione degli interessi in conflitto, segnatamente quello della persona assicurata alla non immediata esecuzione di una decisione a lei sfavorevole e quello generale dell'amministrazione per cui l'esecuzione di una decisione non venga impedita o ostacolata pendente ricorso evitando in particolare il versamento di prestazioni indebite (SVR 1994 IV Nr. 31; DTF 117 V 191) ■ allorché non è possibile stabilire sin dall'inizio l'esito finale della vertenza occorre ritenere che, per principio, l'interesse dell'amministrazione è predominante quando il rischio di non poter recuperare le prestazioni versate pendente causa è concreto. Questo rischio è prioritario rispetto all'interesse dell'assicurato di poter beneficiare delle prestazioni assicurative pendente lite, al fine di non dover far capo all'assistenza (SVR 1994 IV nr. 31; ZAK 1990 p. 152; cfr. anche Zünd/Pfiffner Rauber, Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2009, § 17 n. 33, p. 188). L'interesse dell'assicurato prevale quindi su quello generale quando si può ammettere con grande verosimiglianza che egli risulterà vincente nella procedura principale (DTF 105 V 269) e meglio quando la decisione risulta palesemente errata (SVR 1994 IV nr. 31).

Nel caso di specie, con riferimento alla giurisprudenza succitata, non è in concreto possibile stabilire quale sarà l'esito finale della vertenza. Dal profilo medico, allo stato attuale non è possibile ipotizzare con ogni verosimiglianza che in esito ai nuovi complementi peritali la riduzione delle prestazioni non potrà essere confermata rispettivamente ritenere che il provvedimento impugnato risulti manifestamente errato.

Di conseguenza la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo va respinta.

2.10. Ne discende che il ricorso va accolto ai sensi dei considerandi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati i necessari accertamenti peritali sopra enunciati, si pronunci nuovamente sulla revisione della rendita di invalidità dell'assicurata.

Secondo l'art. 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.

Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

2.11. L'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficiodell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. I).

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