

TI_GERICHTE 32.2019.142 vom 18. Juni 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-06-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.142

FR: TI_GERICHTE 32.2019.142 du 18 juin 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.142 del 18 giugno 2019

Regeste

Decisione con la quale l'UAI ha soppresso, in via di revisione, la rendita intera di invalidità fin lì accordata, non può essere confermata. Necessità di procedere ad una valutazione peritale di decorso prima di esprimersi riguardo alla revisione del diritto alla rendita

Erwägungen

E. 2

In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plaidoyer* 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in *SVR* 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Un'eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione

dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da "persona con attività lavorativa a tempo pieno" a "persona con attività lavorativa a tempo parziale") che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPG, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 del 8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 9C_671/2017 del 12 luglio 2018 consid. 3.2.1 con riferimenti). Infine va fatto presente che, oltre all'art. 27 OAI (cfr. consid. 2.3.), anche l'art. 27bis cpv. 2 - 4 OAI è stato modificato con effetto dal 1° gennaio 2018. In particolare, conformemente all'art. 27bis cpv. 3 lett. a OAI, è stato introdotto un nuovo modello di calcolo. Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che "(...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)". 2.5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va

ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer/Reichmuth, op. cit., pagg. 312-313; Blanc, op. cit., pag. 190-191). Nella presente fattispecie l'Ufficio AI ha applicato il metodo misto considerando l'assicurata salariata al 62% e casalinga al 38%. Tale suddivisione, non contestata dalla ricorrente, può essere condivisa dal TCA. 2.6. 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.). 2.7. Nel caso concreto, con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha soppresso, in via di revisione (intrapresa d'ufficio nel 2010), la rendita intera di invalidità fin lì riconosciuta all'assicurata – beneficiaria dal 1° giugno 2002 - basandosi, dal profilo medico, sugli esiti della perizia pluridisciplinare eseguita dal _____ nel 2016 (dopo una precedente svolta dal _____ nel 2011, la quale era stata oggetto di contestazioni, cfr. consid. 1.2.). Dal rapporto peritale dell'8 febbraio 2016 risulta che il _____ ha fatto capo a tre consultazioni specialistiche di natura neurologica (dr. _____), reumatologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei relativi consulti, gli specialisti del _____ hanno posto quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di “1. Stato dopo intervento chirurgico di artroscopia alla mano sin., con artroplastica con innesto di protesi al pirocarbonio ATM a sin. per una rizartriosi sin. il 10.6.2014; 2. Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1); 3. sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)”, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato quelle di “1. Sindrome fibromialgica di tipo primario; 2. Sindrome algica diffusa non spiegata da patologia neurologica; 3. Cefalea di tipo tensivo; 4. Accentuazione di tratti di personalità (ICD10-Z73.1); 5. Otosclerosi bilaterale in stato da timpanotomia esplorativa sin. e stapidotomia sin. (3.3.2015)” (doc. 199, pag. 39). Esprimendosi a proposito della capacità

lavorativa, la dr.ssa _____ e la dr.ssa _____ del _____ hanno concluso che l'assicurata vada considerata complessivamente inabile al lavoro al 50% sia nella precedente attività di commessa, sia in altre attività adeguate, a partire dal momento della valutazione peritale (cfr. doc. 199, pag. 49-51). Tale valutazione è, poi, stata fatta propria dal dr. _____, FMH medico generico, del SMR, il quale, nel rapporto finale del 15 febbraio 2016, ha posto le seguenti percentuali di incapacità lavorativa, valide sia nell'attività abituale, che in altre attività adeguate: 40% dal 1° gennaio 2010; 60% dal 1° gennaio 2013; 100% dal 10 giugno 2014 e, infine, 50% dall'8 febbraio 2016 (doc. 200). Il medico del SMR ha segnalato che lo stato di salute dell'interessata, oggetto di procedura di revisione, è peggiorato, precisando che "rispetto alla perizia _____ del 25.8.2011 si deve constatare un leggero peggioramento dello stato di salute dell'assicurata e rispetto alla perizia (di parte) del dr. _____ del 1.10.2013 si osserva un leggero miglioramento, grazie alla terapia con la tecnica EMDR" (doc. 200). Quali osservazioni conclusive, il dr. _____ ha indicato che attualmente esiste un potenziale di integrazione professionale del 50% a livello psichiatrico che deve essere prima valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro, affiancato anche da un intenso accompagnamento psichiatrico e psicoterapico per evitare l'esperienza dei provvedimenti professionali del 2013" (doc. 200). Con valutazione del 7 novembre 2018 il consulente IP incaricato ha così riassunto il caso: " L'assicurata beneficia di una rendita intera dal 1.06.2002, con IL 70%. Viene fatta una prima perizia _____ e nel documento del 5.9.2011 emerge che la IL, in tutte le attività, è del 40%. In questa occasione la collega _____ attua provvedimenti MRE che falliscono (vedi rapporto del 11.4.2013). Nonostante ciò parte il progetto di decisione del 30.07.2013, soppressione della rendita. Vengono inoltrate le osservazioni al progetto. Nuova perizia _____ il 5.6.2014 e nel 2015. Nulla di fatto. La perizia del 9.2.2016 definisce l'assicurata abile al lavoro al 50% in tutte le attività. Inchiesta casalinghe il 19.10.2016. L'assicurata viene convocata dal sottoscritto, per il 28 febbraio 2018 ma siccome si trova in Italia, a casa dei suoceri, l'appuntamento viene spostato al 22 marzo 2018. Le viene proposto di fare un provvedimento di inserimento professionale che, in un primo momento, accetta. Dopo qualche giorno ricontatto l'assicurata telefonicamente ma non è più intenzionata a sottoporsi al provvedimento. Con la collaborazione della psichiatra _____ si riesce a convincerla e viene fissato un appuntamento con la signora _____, che si occuperà dell'inserimento, per il 27 aprile 2018. L'assicurata non si presenterà causa problemi gastrointestinali ed un ricovero in ospedale. Richiamo la psichiatra che mi chiede di aspettare la fine di agosto, per dare tempo all'assicurata di riprendersi. Risento telefonicamente la dr.ssa _____ a settembre e mi comunica che l'assicurata è ancora in vacanza in Italia ed ha annullato la seduta psicoterapica, posticipandola ad ottobre. Le chiedo di richiamarmi dopo il colloquio per sapere lo stato di salute dell'assicurata. Ho richiamato la dr.ssa _____ il 6 novembre, in quanto non ho più ricevuto nessuna informazione e mi comunica che non vede l'assicurata dal 17 maggio 2018 e che durante questo periodo è stata tutto il tempo in Italia, presso i suoceri. Non è ancora rientrata ed ha posticipato ulteriormente l'appuntamento con la dottoressa. L'assicurata è da 7 mesi che non segue una psicoterapia ed una farmacologia per curare il suo stato di salute." (Doc. 2018) Con progetto di decisione del 13 febbraio 2019 l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita di invalidità dell'assicurata. Contro tale progetto di soppressione della rendita l'interessata ha presentato in data 13 marzo 2019 della documentazione medico-specialistica attestante, da una parte, la continuazione dell'assunzione della sua psicofarmacoterapia nel periodo da giugno a novembre 2018 in

cui si è assentata dalla Svizzera e, dall'altro, l'intervenuto peggioramento dello stato di salute attestato dalla psicoterapeuta curante (doc. 225 e allegati). Tali referti sono stati valutati dal SMR. Con annotazione del 24 maggio 2019 il dr. _____ e il dr. _____, psichiatra del SMR, hanno osservato: " Abbiamo preso nozione della documentazione pervenuta, in particolare del certificato della dr.ssa _____ del 7 maggio 2019, del dr. _____ del 12 marzo 2019 e del dr. _____ di _____ durante la permanenza dell'assicurata in Italia. L'assicurata non si è presentata agli appuntamenti del CIP signor _____ in quanto si trovava all'estero impegnata come badante della suocera. Al momento del decesso della suocera, l'assicurata è rientrata in Ticino dove svolge lo stesso compito nei confronti del cognato disabile come riferito dalla dr.ssa _____, psichiatra curante. Il compito di badante di persone con gravi disabilità è un impegno estremamente gravoso che richiede una CL completa. La dr.ssa _____ certifica invece una IL del 70% senza dare indicazioni di status differenti rispetto alla perizia _____ del 2016, rispettivamente senza considerare i compiti gravosi attualmente svolti dall'assicurata come da lei stessa affermato. In conclusione, in assenza di nuove informazioni che giustifichino un peggioramento, si ribadisce il RAF del 15 febbraio 2016 e la successiva inchiesta casalinghe dell'ottobre 2016." (Doc. 230) 2.8. Unitamente al ricorso, il patrocinatore dell'assicurata ha trasmesso al TCA ulteriore documentazione medico-specialistica - in particolare un referto del 3 luglio 2019 della dr.ssa _____, spec. FMH in medicina interna (doc. C) e una perizia psichiatrica di parte, redatta in data 9 agosto 2019 dal dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. B) - attestante la gravità delle condizioni complessive di salute dell'interessata, che, a suo modo di vedere, non sarebbero certamente migliorate, come, invece, ritenuto dall'Ufficio AI. In particolare, nel referto peritale di parte del 9 agosto 2019, il dr. _____ (il quale già aveva avuto modo di visitare l'assicurata nel settembre del 2013) - dopo avere ripercorso l'intera vicenda dell'interessata dal suo punto di vista medico-specialistico, riassumendo anche le diverse perizie psichiatriche, valutazioni da parte del _____ e della psichiatra curante, nonché annotazioni del SMR che si sono succedute nel tempo, e esposto l'anamnesi risultante dal colloquio del 16 luglio 2019 e lo status psicopatologico (secondo questionario AMDP 8) - ha posto le diagnosi di "sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD10-F33.1); sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)". Sulla base anche della valutazione di disabilità attraverso Mini-ICF-APP, il dr. _____ è poi giunto alle seguenti valutazioni e conclusioni: " Da quanto è emerso nell'analisi dei documenti a disposizione, dallo stato psicopatologico secondo AMDP 8, dalla valutazione della disabilità secondo Mini-ICF-APP e dal fatto che lo stato psicopatologico della signora RI 1 non si sia modificato in questi anni, non è possibile concordare con le conclusioni dei colleghi dell'AI. Colleghi che non hanno più visto la signora RI 1 dopo la perizia _____ del 2016 che confermava un'inabilità lavorativa psichiatrica del 50%. In effetti la signora RI 1 dopo la valutazione _____ del 2016 non è stata più incontrata per una rivalutazione delle sue abilità o disabilità psichiatriche. È stata fatta un'indagine al domicilio per le persone che si occupano dell'economia domestica tre anni fa', che non è stata più rifatta. Unicamente il fatto che la signora RI 1 non abbia presenziato agli appuntamenti con il consulente IP dell'AI che l'AI abbia supposto che ella non assumesse più una farmacoterapia o non seguisse più una psicoterapia e che avesse fatto la badante, ha portato a delle conclusioni obiettivamente discutibili e impossibili da condividere da parte dell'Ufficio AI. Rammento che la signora RI 1 presenta una morbosità psichiatrica di gravità media, di intensità e di durata continuativa nel tempo. Morbosità

presente dal 2001/2002 e definita nella perizia _____ del 2016 cronicizzata e di prognosi altamente incerta. In effetti i sintomi che la signora presenta e che ho potuto riscontrare sia nel 2013 che nel 2019 sono i medesimi, pertanto si tratta di sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura. Presenta una perdita dell'integrazione sociale negli ambiti significativi della vita ed uno stato psicopatologico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico. Emerge come i trattamenti ambulatoriali e stazionari effettuati, tutti conformi alle regole dell'arte, nonché i vari provvedimenti effettuati dalla persona stessa, non abbiano determinato nessun tipo di miglioramento significativo. Dal punto di vista psichiatrico la signora RI 1 presenta un'incapacità lavorativa continuativa e duratura del 60% e questo in modo perpetuo." (Doc. B) Con annotazione del 10 settembre 2019, allegata alla risposta di causa dell'Ufficio AI, il dr. _____ del SMR ha così commentato la documentazione prodotta dall'assicurata in sede ricorsuale: " Ho preso nozione dell'attuale perizia di parte del dr. _____, che ho confrontato con la precedente allestita dallo stesso psichiatra il 1° ottobre 2013. Questa prima valutazione era già stata esaustivamente presa in considerazione sia dal _____ che dal SMR. Ora, il dr. _____ presenta un apprezzamento identico a quanto valutato circa 6 anni orsono, sia in termini di status e diagnosi sia in termini di inabilità lavorativa, nel 2013 "dedotta" al 60%, adesso "duratura e perpetua" al 60%. In entrambe le perizie, nonostante la lunghezza complessiva dell'elaborato, le conclusioni si riducono a due righe prive di adeguata motivazione. Nel 2013 erano stati allestiti due test di personalità, ora il test di funzionamento mini-ICF, rispettivamente il dr. _____ ha elaborato una disquisizione semantica tra i vocaboli "badante" e "caregiver": i due termini sono a tutti gli effetti sinonimi, essendo "badante" la traduzione italiana dell'inglese "caregiver". In conclusione, il dr. _____ riporta il 9 agosto 2019, con alcune variazioni di stile ma non di sostanza, lo stesso apprezzamento proposto il 1° ottobre 2013. In assenza di nuovi elementi oggettivi, ribadisco la precedente presa di posizione SMR." (Doc. VI/1) Al riguardo, con presa di posizione del 30 settembre 2019, il dr. _____ ha rilevato quanto segue: " (...) Il dr. _____ scrive, in modo riduttivo e senza analizzare in modo esaustivo la perizia effettuata alla signora RI 1 dalla mia persona, che " in entrambe le perizie, nonostante la lunghezza complessiva dell'elaborato, le conclusioni si riducono a due righe prive di adeguata motivazione ". Il dr. _____ non prende in considerazione tutta l'attenta discussione e disquisizione dei vari documenti clinici che si sono susseguiti durante gli anni. Inoltre, non considera neanche le prese di posizione del medico curante e della psicoterapeuta curante della signora RI 1. In effetti, il dr. _____ prende una posizione unicamente su dei documenti e conclude che la mia valutazione sia sostanzialmente sovrapponibile a quella dell'ottobre 2013. Rammento che nell'ottobre 2013 la mia valutazione era stata considerata ampiamente da parte del dr. _____, perito dell'Assicurazione Invalidità per la signora RI 1 in quell'occasione. Sono passati sei anni da allora e la valutazione è sovrapponibile, quindi significa che vi è stato un incistamento della sintomatologia psicopatologica della signora RI 1, che conferma ampiamente l'inabilità lavorativa al 60%. Il dr. _____, senza mai aver visto la signora RI 1, senza che vi sia mai stata una valutazione peritale negli ultimi tre anni, si autorizza a ribadire la precedente presa di posizione del SMR, senza conoscenza del caso reale. In effetti la conoscenza unicamente dei documenti, che vengono valutati, secondo l'ottica del perito in questione, non sempre è sufficiente per valutare la reale psicopatologia della signora RI 1. Pertanto, le valutazioni e conclusioni effettuate nella mia perizia del 9 agosto 2019 si basavano su una conoscenza approfondita dei documenti e dei commenti clinici, su un incontro con la

signora RI 1, su un colloquio con la dr.ssa RI 1, psichiatra e psicoterapeuta, e un colloquio con la dr.ssa _____, psicologa e psicoterapeuta. Pertanto la signora RI 1 rimane inabile al lavoro al 60% e questo in maniera continuativa, così come descritto nella mia valutazione peritale del 2013 e in quella del 2019, nonché confermata dalla valutazione peritale del dr. _____ del 2016 e confermato dal medico curante, dr.ssa _____ e dalla psicologa e psicoterapeuta curante dr.ssa Fontana. Rammento ancora che il dr. _____ che aveva evidenziato un'inabilità lavorativa del 50% nel 2016 scriveva espressamente "la prognosi a medio-lungo termine è incerta in quanto si tratta ad oggi di un quadro piuttosto cronicizzato dopo più di dieci anni di malattia". Anche questa frase nucleare del perito dell'AI, nel 2016, evidenziava la cronicizzazione della psicopatologia della signora RI 1, così come da me messo in evidenza." (Doc. D1) Con annotazione del 14 ottobre 2019, il dr. _____ del SMR ha osservato: " Ho preso attenta visione dello scritto del dr. _____ dello scorso 30 settembre. È vero che ho analizzato gli atti a disposizione nell'incarto e non ho visitato personalmente l'assicurata. Tuttavia, è lo stesso collega che conferma che lo status descritto dal dr. _____ in perizia _____ restituita a inizio 2016 e la cui parte psichiatrica si basa su due visite il 17.08.2015 rispettivamente 31.8.2015 – non 2013 – è sovrapponibile allo stato attuale. Il dr. _____ scrive di un "incistamento" della sintomatologia psicopatologica ma non descrive né oggettiva in alcun modo le limitazioni attuali che giustificherebbero, sulla base di uno stato di salute verosimilmente invariato, un diverso apprezzamento della capacità lavorativa. In conclusione, ribadisco la mia precedente presa di posizione." (Doc. X/1) Con ulteriore presa di posizione del 24 ottobre 2019, il dr. _____ ha ancora fatto valere quanto segue: " (...) Volentieri prendo posizione sullo scritto del dr. _____. Il dr. _____ concorda sul fatto che non ha visto la signora RI 1. Egli inoltre riprende ciò che avevo scritto in relazione allo status psicopatologico che viene scritto al dr. _____ del 2016. Tale status è sovrapponibile alla osservazione clinica attuale. Proprio perché è sovrapponibile allo stato attuale l'inabilità lavorativa descritta dal dr. _____ e confermata dall'Ufficio AI, ovvero del 50%, è quella che rimane tuttora. La psicopatologia della signora RI 1 non si è modificata in questi anni e come scrivevo nella mia valutazione peritale del 9 agosto 2019 "i sintomi che la signora presenta e che ho potuto riscontrare sia nel 2013 che nel 2019 sono i medesimi, pertanto si tratta di sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura". Ciò dava valenza a quanto avevo scritto nel 2013, a quanto aveva scritto il dr. _____ e a quanto rivisto nel 2019. Inoltre nel raccordo anamnestico del colloquio del 16.07.2019 emergeva in modo cristallino come la signora RI 1 viveva degli stati di ansia, depressivi, con riduzione della concentrazione e dell'attenzione, con la riduzione anche della capacità di riuscire a fare i lavori significativi di casa, con delle ricadute timiche, con delle giornate a letto, con un disturbo del ciclo del sonno, con stati di tensione e nervosismo, nonché con dei disturbi da dolori al capo. Anche la dr.ssa _____, psichiatra curante da anni, nella certificazione del 7 maggio 2019 esprimeva in modo chiaro la presenza di un disturbo psichico con fragilità personologica e un'inabilità lavorativa al 70%. Pure la signora _____, psicologa e psicoterapeuta, che segue regolarmente la signora RI 1 era arrivata alle stesse conclusioni. Pertanto il dr. _____ non fa altro che confermare quanto da lui scritto, senza interrogarsi sulla reale validità delle valutazioni psichiatriche dello scrivente, della dr.ssa _____ e di quelle psicoterapeutiche della signora _____, psicologa e psicoterapeuta. Alla luce di quanto scritto confermo pienamente lo scritto del 9 agosto 2019, in quanto ciò che scrive il dr. _____ non è null'altro che un confermare la sua già nota presa di posizione.

D'altronde non è sorprendente che il perito SMR mantenga la propria presa di posizione. Sarebbe stato molto più utile che egli o un altro medico del servizio medico regionale o un loro consulente esterno, avesse potuto effettuare una nuova valutazione peritale della signora RI 1." (Doc. XII/1) 2.9. 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.

E. 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 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; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.10. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale, dopo attento esame della documentazione agli atti, non può con la necessaria tranquillità, senza che prima vengano svolti ulteriori aggiornati approfondimenti specialistici, confermare la valutazione peritale pluridisciplinare del _____ del 2016 - successivamente ribadita dai medici del SMR - posta a fondamento della soppressione del diritto alla rendita intera di invalidità di cui beneficiava l'interessata. In particolare, il TCA non può ritenere esaustiva la perizia dei medici del _____, già solo tenuto conto del lungo tempo trascorso tra il momento dell'esame peritale (il rapporto è stato redatto nel mese di febbraio 2016, mentre le visite specialistiche risalgono addirittura al 2015) e l'emanazione della decisione qui impugnata (del giugno 2019), ciò che avrebbe evidentemente imposto se non una nuova perizia, quantomeno un complemento peritale di decorso, volto a confermarne l'attualità delle conclusioni. Il dr. _____ ha correttamente messo in evidenza tale aspetto, sottolineando a più riprese la mancanza di una visita da parte dell'amministrazione dopo l'ultima perizia _____ del 2016 (cfr. doc. B; doc. D1 e doc. XII/1). Questo modo di agire dell'amministrazione non può essere tutelato da parte di questo Tribunale, essendo evidentemente indispensabile disporre di una valutazione medica aggiornata prima di potersi esprimere circa il diritto alla continuazione o meno del diritto alla rendita. Questa soluzione si impone a maggior ragione, considerata la documentazione medico-specialistica, in particolare psichiatrica, presentata dall'assicurata a comprova dell'esistenza di uno stato di salute peggiorato rispetto a quanto accertato in sede peritale. A sostegno delle proprie pretese, l'insorgente ha, difatti, prodotto una perizia psichiatrica di parte, la quale ha evidenziato la cronicizzazione della sua psicopatologia, tale da determinare, secondo il dr. _____, " un'incapacità lavorativa continuativa e

duratura del 60% e questo in modo perpetuo ” (doc. B, corsivo della redattrice). A dimostrazione del ben fondato del proprio apprezzamento, il dr. _____ ha evidenziato come lo stesso perito psichiatra del _____ avesse espressamente considerato come la prognosi a medio-lungo termine fosse incerta alla luce del “quadro piuttosto cronicizzato dopo più di dieci anni di malattia” (doc. D1). Tale incertezza nella prognosi dal profilo psichiatrico è stata puntualmente ripresa nel referto peritale _____, visto il “quadro clinico cronicizzato da più di dieci anni” (cfr. 199 pag. 54). Il TCA rileva, inoltre, come nel referto di parte del 9 agosto 2019 il dr. _____ abbia dettagliatamente esposto e discusso tutti i documenti clinici che si sono susseguiti durante gli anni, compresi quelli del _____, della psichiatra curante, della psicoterapeuta curante, tutti convergenti su uno stato di salute cronicizzato e fortemente limitante (cfr. doc. B). Ora, alla luce degli elementi oggettivi messi in evidenza dal dr. _____ nel proprio referto peritale di parte dell’agosto 2019 (doc. B) e, poi, ribaditi nelle prese di posizione successive trasmesse al TCA (cfr. doc. D1 e XII/1) circa la cronicizzazione della psicopatologia dell’interessata, l’incertezza della prognosi, la gravità della morbosità psichiatrica, duratura e continuativa nel tempo, senza remissione, il TCA reputa che l’amministrazione non avrebbe dovuto limitarsi – come invece accaduto – a sottoporre la nuova documentazione medico-specialistica trasmessa dall’assicurata unicamente al vaglio del SMR, ma avrebbe quantomeno dovuto interpellare gli stessi autori della perizia _____, chiedendo loro una valutazione di decorso che tenesse conto dell’insieme dei pareri espressi dalla psichiatra curante, dalla psicologa curante e dal perito psichiatra privatamente consultato dall’insorgente. Una valutazione di decorso appariva - e appare - tanto più indispensabile, anche considerando i dubbi sulla reale capacità lavorativa dell’interessata avanzati dapprima dal consulente IP (il quale nel rapporto del 7 novembre 2018 concludeva che “l’assicurata è da 7 mesi che non segue una psicoterapia ed una farmacologia per curare il suo stato di salute, cfr. doc. 218) e, poi, dai medici del SMR nelle annotazioni del 24 maggio 2019 (osservando che “il compito di badante di persone con gravi disabilità è un impegno estremamente gravoso che richiede una capacità lavorativa completa”, cfr. doc. 230), a dimostrazione delle sue presunte migliorate condizioni di salute. Anche questi aspetti, fermamente contestati dall’insorgente tramite la presentazione di attestazioni mediche di senso contrario, necessitano forzatamente di essere approfonditi e chiariti nell’ambito dei nuovi accertamenti che dovranno essere messi in atto dall’Ufficio AI in sede di rinvio. Stante quanto sopra esposto, alla luce delle oggettive carenze riscontrate nella valutazione peritale del _____ del 2016 posta a fondamento della decisione impugnata, il TCA non può far altro che rinviare gli atti all’Ufficio AI affinché ordini un accurato complemento peritale di decorso, al fine di definire quale sia l’attuale stato di salute dell’interessata e la capacità lavorativa della stessa. Questo Tribunale ricorda che, come esposto in precedenza (cfr. consid. 2.2.), trattandosi di una revisione del diritto alla rendita, ai periti spetterà esprimersi in maniera particolare a proposito dell’evoluzione dei disturbi dell’interessata rispetto al momento in cui è stato attribuito il diritto alla rendita (cfr. decisione del 21 marzo 2007, basata sull’annotazione del dr. _____ del SMR del 19 settembre 2006), valutando se, nel frattempo, le patologie psichiche e somatiche della stessa sono migliorate, oppure no. Al riguardo, va rilevato che nel rapporto finale del SMR del 15 febbraio 2016 (più volte confermato, a sostegno della correttezza della decisione impugnata) il dr. _____ ha ritenuto che lo stato di salute dell’assicurata fosse peggiorato rispetto alla valutazione peritale del _____ del 2011, senza tuttavia stabilire quale sia stata l’evoluzione rispetto al momento di attribuzione della rendita,

decisivo nell'ambito della revisione del diritto alle prestazioni. Altrettanto dicasi con riferimento alle annotazioni del dr. _____ del SMR prodotte in corso di causa, nelle quali lo stesso ha confrontato il referto peritale di parte del 2019 del dr. _____ con una precedente perizia di parte del dr. _____ del 2013 (cfr. doc. VI/1 e X/1). In tale ambito, ricordato che una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi di legge (cfr. consid. 2.2.), l'aggiornamento peritale dovrà soffermarsi in particolare sugli aspetti psichiatrici, valutando se vada condiviso, o meno, l'apprezzamento con il quale il dr. _____, sulla base della visita dell'interessata, delle valutazioni testistiche svolte e dell'attento esame di tutto l'incarto, ha reputato che la psicopatologia dell'interessata sia rimasta stabile e invariata in maniera duratura nel corso degli anni, se non addirittura peggiorata nell'ultimo periodo, visti anche i ricoveri subiti dalla stessa in epoca successiva alla perizia _____ del 2016. Infine, i periti dovranno esprimere una valutazione complessiva dell'incapacità lavorativa dell'interessata, tenuto conto delle patologie psichiche e somatiche, da raffrontare con quella del dr. _____ del SMR del 19 settembre 2006. 2.11. 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 2.10., 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. 2.12. 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.-vanno poste a carico delle dell'Ufficio AI. 2.13. Nel caso di specie, inoltre, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), la ricorrente, rappresentata da un legale, ha diritto all'importo di fr. 2'200.- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'Ufficio AI (STFA H 19/06 del 14 febbraio 2007; DTF 126 V 12 consid. 2; DTF 122 V 278; DTF 118 V 139).

febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

In particolare, nel referto peritale di parte del 9 agosto 2019, il dr. _____ (il quale già aveva avuto modo di visitare l'assicurata nel settembre del 2013) - dopo avere ripercorso l'intera vicenda dell'interessata dal suo punto di vista medico-specialistico, riassumendo anche le diverse perizie psichiatriche, valutazioni da parte del _____ e della psichiatra curante, nonché annotazioni del SMR che si sono succedute nel tempo, e esposto l'anamnesi risultante dal colloquio del 16 luglio 2019 e lo status psicopatologico (secondo questionario AMDP 8) - ha posto le diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD10-F33.1); sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4).

Sulla base anche della valutazione di disabilità attraverso Mini-ICF-APP, il dr. _____ è poi giunto alle seguenti valutazioni e conclusioni:

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