

TI_GERICHTE 32.2019.221 vom 15. November 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-11-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.221

FR: TI_GERICHTE 32.2019.221 du 15 novembre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.221 del 15 novembre 2019

Regeste

Nuova domanda di prestazioni AI respinta per l'assenza di un peggioramento dello stato di salute. La perizia pluridisciplinare ha ribadito la totale inabilità lavorativa nell'attività precedente e del 20% in attività adeguate, come in precedenza. I nuovi certificati non sono atti a mutare la situazione

Erwägungen

E. 3

OAI, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2, che prevede che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Se tale condizione non è soddisfatta, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pag. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 cpv. 1 LPGA si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C_916/2009 consid. 5.2; art. 41 vLAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi, *Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen*, in Schaffauer/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113

V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; 9C_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2; STF 9C_378/ 2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.3. Nel caso di specie, l'assicurata ha da ultimo inoltrato una domanda di prestazioni nel febbraio 2013, che ha dato luogo alla decisione del 21 gennaio 2015. In quell'occasione, l'Ufficio assicurazione invalidità ha sottoposto l'assicurata a una visita reumatologica e a una valutazione psichiatrica da parte del Servizio Medico Regionale. Il dr. med. _____, FMH medicina interna e reumatologia, ha visitato l'assicurata il 12 giugno 2014 e il 20 giugno 2014 (doc. 73) ha reso il suo referto peritale dopo avere esposto l'anamnesi familiare, personale, attuale, sociale, i dati soggettivi, le constatazioni oggettive con esame internistico, esame della colonna vertebrale, delle articolazioni, lo status neurologico, gli esami radiologici. Il perito ha poi esposto la sua valutazione e posto la diagnosi. Nel rispondere alle domande peritali, il reumatologo ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro di fibromialgia primaria, gonartrosi bilaterale, coxartrosi bilaterale su/con stato dopo necrosi della testa femorale sinistra, stato dopo posa di protesi totale anca sinistra il 6 aprile 2012, stato dopo cambio dello stelo della PTA a sinistra il 31 agosto 2012 e stato dopo PTA destra il 19 agosto 2013. Quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa lo specialista ha indicato un disturbo di personalità emotivamente instabile, una sindrome ansioso depressiva, adiposità su/con stato dopo gastric banding maggio 2005 e aumento della circonferenza del gastric banding nel gennaio 2008, stato dopo esofagite peptica nel dicembre 2007. L'assicurata soffriva in primis di una sindrome fibromialgica sino a sindrome somatoforme del dolore con presenza di tutti i punti positivi per fibromialgia, dolori diffusi, stanchezza e difficoltà a dormire, ciò che sicuramente influiva sui dolori lamentati. V'era inoltre una lieve diminuzione del carico dovuta allo stato dopo protesi totale dell'anca che limitava l'assicurata in particolare nei ripetuti movimenti di accovacciamento o nel sollevare pesi importanti. Le ginocchia con una gonartrosi e la lieve spondilartrosi diffusa alla colonna lombare influivano negativamente unicamente nell'ambito di attività pesanti. Secondo il perito, l'assicurata era in grado di lavorare in qualsiasi ambito dove potesse cambiare postura, non dovere stare in piedi a lungo, non era in grado di camminare su terreni sconnessi o di salire su scale a pioli, era in grado di sollevare ripetutamente pesi inferiore ai 10 kg, non era in grado di lavorare in posizione accovacciata. Considerato che l'assicurata non lavorava più da ormai 6-7 anni, non v'era un'attività attuale, ma come venditrice era ancora abile, mentre come cameriera ai piani non lo era più, poiché avrebbe dovuto accovacciarsi spesso e sollevare pesi. Questa

capacità era per 8 ore al giorno, con una diminuzione di al massimo il 20% da fine novembre 2013; dal 18 novembre 2011 andava invece ritenuta l'inabilità lavorativa totale stabilita dal dr. med. _____. Non v'erano provvedimenti in grado di migliorare la capacità lavorativa, ma l'interessata era in grado di eseguire qualsiasi lavoro, da leggero a medio-pesante. Non doveva però sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg, non doveva lavorare accovacciata né camminare su terreni irregolari o salire su scale a pioli. Il lavoro avrebbe inoltre dovuto contenere delle pause dove l'assicurata potesse stare seduta e non sempre in piedi. In tal caso, poteva lavorare 8 ore al giorno, con una riduzione del rendimento del 20% dovendo introdurre delle pause. Nel rapporto finale del 7 luglio 2014 (doc. 74) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ripreso la diagnosi e i gradi di incapacità lavorativa stabiliti dal reumatologo, rilevando che, vista la presenza della diagnosi fibromialgica, l'assicurata era da valutare con visita psichiatrica da parte dell'SMR. Il colloquio con la dr.ssa med. _____, che l'aveva già visitata nel 2009 nell'ambito della prima domanda di prestazioni AI del 2007, ha avuto luogo il 29 luglio 2014 dalle 9.50 alle 10.15. Nel rapporto finale SMR con esame che ha allestito il 31 luglio 2014 (doc. 76), che integrava il rapporto del 7 luglio 2014, la psichiatra ha osservato che non v'erano diagnosi psichiatriche di particolare severità: il disturbo di personalità aveva comunque permesso di mantenere un funzionamento sufficientemente adeguato, la patologia ansiosa depressiva aveva ancora un carattere fluttuante e reattivo agli eventi esterni e non v'era un trattamento esterno. L'assicurata riusciva a badare a se stessa e a mantenersi un'autonomia (si spostava con i mezzi pubblici, manteneva contatti sociali), la strutturazione della giornata era presente. La patologia somatica non appariva cronica, il decorso degli interventi era stato favorevole. L'analisi dei criteri di Foerster permetteva di sostenere che la fibromialgia presente non avesse caratteristiche invalidanti, anche i disturbi ansioso depressivo e di personalità borderline non avevano presentato modifiche di rilievo di gravità e pervasività rispetto alla valutazione del 2009. La specialista ha confermato i limiti funzionali già evidenziati nella prima visita SMR, ovvero una maggiore difficoltà nel sostenere relazioni interpersonali, in particolare se strette e pertanto avrebbe dovuto svolgere un lavoro piuttosto solitario e non di équipe, con pochi stimoli relazionali; v'era una minore capacità a tollerare responsabilità e all'adeguamento, perciò erano da preferire lavori semplici, senza responsabilità e piuttosto metodici. Nel rispetto di tali limiti, la capacità lavorativa era completa. Di conseguenza, quale cameriera ai piani l'assicurata era inabile totalmente dal 18 novembre 2011 così come in attività adeguate. Dal 1° dicembre 2013 l'inabilità lavorativa in attività adatte era però del 20%, da intendere come riduzione del rendimento. L'alternanza della posizione al bisogno era già inclusa, così come la necessità di pause supplementari, che ha portato alla riduzione del rendimento. Sulla scorta di queste considerazioni mediche, confermate il 10 dicembre 2014 (doc. 82) dal dr. med. _____ anche alla luce dei nuovi referti dr. med. _____ del 14 ottobre 2014 e del dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica e traumatologia, dell'11 febbraio 2014, l'Ufficio AI ha deciso il 21 gennaio 2015 (doc. 85) di attribuire all'assicurata una rendita temporanea intera di invalidità (grado AI 100%) dal 1° novembre 2012 (alla scadenza dell'anno di attesa) al 28 febbraio 2014 (tre mesi dopo il constatato miglioramento) stante un grado di invalidità del 23%, con versamento dal 1° settembre 2013 a causa della tardività della domanda (sei mesi dopo l'inoltro della domanda). Il 5 novembre 2017 (doc. 99) il dr. med. _____, FMH medicina interna e oncologia, ha chiesto all'Ufficio AI di rivalutare la sua precedente non entrata in materia del 2 novembre 2015 (doc. 96), poiché l'assicurata era stata indagata dal profilo neurologico per varie cadute recidivanti, la MRI

cerebrale del 3 agosto 2017 aveva messo in evidenza un idrocefalo triventricolare - ciò che poteva essere una malattia neurodegenerativa - e l'assicurata presentava dei deficit cognitivi di attenzione per i compiti più complessi. L'Ufficio AI ha richiamato dai medici curanti la documentazione determinante e, unitamente ai referti prodotti dall'interessata, l'ha sottoposta al Servizio Medico Regionale per valutazione, il quale il 19 ottobre 2018 (doc. 128) ha ritenuto necessaria una perizia pluridisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. Nel suo referto peritale del 22 maggio 2019 (doc. 150) il SAM ha riassunto gli atti medici messi a sua disposizione relativi al periodo dal 2005 a fine dicembre 2018, l'anamnesi (familiare, personale-sociale-professionale, patologica, sistemica), i disturbi soggettivi, la descrizione della giornata, le terapie in atto. Nelle constatazioni obiettive ha descritto lo status, gli esami di laboratorio effettuati il 9 gennaio 2019, gli esami radiologici dell'11 e quelli neurologici del 15 gennaio 2019. L'8 gennaio 2019 la dr.ssa _____, FMH in medicina interna generale, ha valutato le condizioni di salute dell'assicurata. Oltre a lei, altri specialisti si sono pronunciati sulla capacità di lavoro dell'assicurata. Il dr. med. _____, FMH in reumatologia e medicina interna, ha visitato l'interessata l'11 gennaio 2019 durante 45 minuti e nel referto del 14 seguente ha posto la diagnosi di fibromialgia, stato dopo protesi totale dell'anca sinistra per osteonecrosi nel 2012, stato dopo protesi totale dell'anca destra per osteonecrosi nel 2013, sindrome lombospondilogenica cronica con alterazioni degenerative anamnestiche senza elementi clinici per una neurocompressione con una mobilità della colonna nella norma, incipiente gonartrosi bilaterale su stato dopo severa obesità attualmente regredita con interventi di chirurgia bariatrica. Come cameriera ai piani e ausiliaria di pulizia l'assicurata era definitivamente inabile al lavoro dal 6 aprile 2012, mentre era abile a tempo pieno in un'attività adeguata, di tipo leggera, possibilmente in parte sedentaria, ma in ogni caso variata, ergonomica, che eviti lunghi spostamenti a piedi o spostamenti molto ripetitivi, la posizione statica molto prolungata (per ore) in posizione eretta, movimenti molto ripetitivi di flessione-estensione delle anche o del tronco, lavori molto ripetitivi sopra l'orizzontale, la posizione accovacciata, il dover salire e scendere ripetutamente le scale. Tuttavia, a causa della fibromialgia (stanchezza, insonnia, dolori diffusi, disturbi della concentrazione e della memoria) e a causa dei problemi ortopedici alle anche, alle ginocchia e alla schiena, v'era una riduzione del 20% del rendimento. Secondo il perito, la situazione non era variata dopo la perizia del dottor _____. Dal profilo neurologico, l'assicurata è stata peritata il 15 gennaio 2019 dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, che ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di minimo-lieve deficit neuropsicologici con rallentamento esecutivo, riduzione della memoria a breve termine, dell'attenzione sostenuta della comprensione degli ordini complessi e della capacità di compiere stime cognitive su presumibilmente nell'ambito dell'idrocefalo triventricolare e della lieve atrofia sottocorticale. Quali patologie senza influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata, il neurologo ha indicato lieve polineuropatia principalmente assonale maggiormente motorica su possibile eziologia carenziale, da escludere gammopatia monoclonale; episodi di cadute improvvise, probabilmente nell'ambito di polineuropatia lieve suddescritta, idrocefalo triventricolare normoteso, lieve sofferenza vascolare cronica, atrofia sottocorticale bilaterale; possibile subependimoma. Dal lato valetudinario, l'assicurata è stata ritenuta abile al 100% nell'attività precedente di cameriera e ausiliaria di pulizie, ma con una riduzione del rendimento del 10%. Il perito ha osservato che dagli atti medici non erano state attestate incapacità lavorative dal lato neurologico, i disturbi cognitivi che hanno determinato una lieve riduzione del rendimento erano noti dal 26 settembre 2017.

L'assicurata era in grado di effettuare a tempo pieno qualsiasi attività professionale, tenendo comunque conto del quadro cognitivo il lavoro avrebbe dovuto essere un'attività di routine, che non richiedeva eccessiva velocità e con poche mansioni da svolgere; idealmente v'era anche la possibilità di fare delle pause. Dal lato neurologico e neuropsicologico anche in un'attività adatta v'era un'incapacità lavorativa del 10%. Non v'erano proposte terapeutiche che potessero migliorare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'assicurata. Per quanto concerne la patologia neuropsicologia, il dottor _____, neuropsicologo, ha visitato l'interessata il 15 gennaio 2019 e l'ha sottoposta a dei test neuropsicologici e a un'indagine clinico-neuropsicologica, dai quali è emerso che risultava inferiore alla norma la memoria a breve termine sia in modalità verbale sia visiva, lievemente ridotto era anche l'apprendimento immediato di nuove informazioni, che erano comunque mantenute in quantità sufficiente nella memoria a lungo termine. Ai limiti della norma la prestazione a un test di attenzione selettiva secondariamente a un lieve rallentamento esecutivo. Leggermente ridotta l'attenzione sostenuta, con qualche segno di affaticamento al termine dell'esame. La velocità esecutiva risultava ridotta, così come le abilità di pianificazione, poiché l'assicurata adottava un approccio piuttosto casuale. Anche la capacità di effettuare stime cognitive era limitata. Non v'erano segni di impulsività. L'accesso lessicale era normale sia in conversazione sia a test di denominazione di immagini. Inferiore alle attese la comprensione orale di ordini di crescita complessità. Nessuna evidenza di disordini visuoperceptivi elementari né di agnosia visiva. Abilità visuospaziali e visuocostruttive nella norma. La diagnosi era di compromissione neurologica di grado minimo-lieve con rallentamento esecutivo, riduzione della memoria a breve termine, dell'attenzione sostenuta, della comprensione di ordini complessi e della capacità di compiere stime cognitive. L'assicurata risultava abile al 90% (tempo pieno con 10% di riduzione del rendimento) nell'attività precedente. Medesimo grado del 90% in attività adeguate, che dovevano essere attività di routine, che non richiedevano eccessiva velocità e con poche mansioni da svolgere; ideale anche la possibilità di fare delle pause. Infine, l'assicurata è stata valutata anche dal lato psichiatrico dalla dr.ssa med. _____ l'11 gennaio durante quasi due ore e il 25 gennaio 2019 per 45 minuti. Nel suo rapporto dell'11 febbraio 2019 la psichiatra ha esposto le conseguenze sulla capacità di lavoro secondo lo schema MINI ICF-APP, da cui è risultato che non v'era nessun grado di disabilità nel rispetto delle regole, nel giudizio, nel contatto con gli altri, nella integrazione nel gruppo, nelle relazioni intime, nelle attività spontanee, nella cura di sé e nella mobilità; la disabilità era lieve nell'assertività, mentre era di grado moderato nell'organizzazione dei compiti e nella persistenza. Secondo la specialista, non v'era alcuna patologia con influsso sulla capacità lavorativa, ma solo senza influsso, quale un disturbo d'ansia generalizzata (ICD-10: F41.1) e un disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (ICD-10: F60.31). Nonostante quest'ultimo disturbo, che incideva sulle capacità relazionali, ma non lavorative, d'avviso della perita l'assicurata ha sempre presentato capacità psichiche sufficienti per portare avanti un progetto di vita seppur conflittuale tra alti e bassi, sia familiare (sposarsi, diventare genitore) sia lavorativo, pur con limiti determinati anche dalla sua bassa cultura. Se in passato ad eventi stressanti ha reagito con cadute dell'umore, ma sempre risolte in modo autonomo, senza farmaci, ad oggi v'era una condizione d'ansia, normale viste le condizioni di vita attuale, specie per le preoccupazioni economiche e dello stato somatico, neurocognitivo e di solitudine affettiva, ma che non erano da ascrivere a una condizione psicopatologica psichiatrica. L'assicurata non è stata in grado di sviluppare legami sociali continuativi tranne qualche amica-amico, ma non ha un supporto sociale, mentre è basso

quello della famiglia di origine. Per l'esperta, l'assicurata non aveva bisogno di una presa a carico psichiatrica, ma di supporto sociale. Dal profilo psichiatrico, nell'attività precedente non v'erano dunque limitazioni di rendimento e la capacità lavorativa era totale, come già nelle valutazioni passate (dr. _____ nel 2008 e dr.ssa _____ nel 2008-2014). In un'attività adeguata, che doveva preferire lavori in cui i rapporti interpersonali non erano stretti, quindi un lavoro solitario e non in équipe, con mansioni semplici, senza responsabilità e di routine, la capacità lavorativa era piena, senza limitazioni di capacità di rendimento. La psichiatra ha però individuato una ridotta capacità nel reggere alle frustrazioni e il basso livello di scolarizzazione. Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione che è avvenuta il 21 maggio 2019 alle 13.45 tramite teleconferenza fra i medici del Servizio Accertamento Medico e i dr. med. _____, _____, _____. Le diagnosi con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa sono quelle esposte dai singoli specialisti intervenuti. Per quanto concerne le ripercussioni funzionali, l'assicurata presentava limitazioni dovute a patologia reumatologica, neurologica e neuropsicologica. A causa della patologia reumatologica, l'inabilità lavorativa era totale come cameriera e ausiliaria di pulizie dall'aprile 2012 (primo intervento di protesi all'anca). Si è associata una riduzione della capacità lavorativa al 90% sia dal punto di vista neurologico e neuropsicologico per ridotto rendimento. Per le attività adeguate, l'assicurata è stata giudicata complessivamente abile al lavoro nella misura dell'80% per ridotto rendimento lavorativo dal novembre 2015. Tale percentuale è dovuta alla integrazione della capacità lavorativa del 90% per ridotto rendimento dal lato neurologico e neuropsicologico alla capacità lavorativa dell'80% dal profilo reumatologico. Dal punto di vista reumatologico la situazione era invariata dalla perizia del dr. med. _____ del giugno 2014. Si è aggiunta una riduzione della capacità lavorativa del 10% per ridotto rendimento a causa della problematica neurologica/ neuropsicologica di lievi deficit neurocognitivi da settembre 2017. Un'attività adatta doveva essere leggera, possibilmente in parte sedentaria, variata e ergonomica, che evitasse lunghi spostamenti a piedi o spostamenti molto ripetitivi, che evitasse posizioni statiche prolungate, movimenti ripetitivi di flesso-estensione delle anche e del tronco, lavori molto ripetitivi sopra l'orizzontale, attività che evitassero la posizione accovacciata, il dover salire e scendere ripetutamente le scale. Doveva trattarsi altresì di un'attività semplice di routine, che non richiedesse eccessiva velocità e con poche mansioni da svolgere, idealmente con possibilità di potere fare pause prolungate e ripetute. Infine, non v'erano proposte terapeutiche che potessero avere influsso positivo sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Con il progetto di decisione del 24 maggio 2019 (doc. 151) l'Ufficio AI ha ritenuto che per i gradi di capacità lavorativa non vi fosse alcuna differenza rispetto alle valutazioni precedenti. Infatti, nella decisione del 21 gennaio 2015 l'assicurata era stata ritenuta inabile al 100% in qualsiasi attività dal 18 novembre 2011, ma abile all'80% dal 1° dicembre 2013, ciò che ha portato il grado di perdita di guadagno al 23% e all'interruzione del diritto alla rendita intera sorto il 1° settembre 2012. Il medesimo quadro è stato accertato dalla perizia pluridisciplinare effettuata dal Servizio Accertamento Medico, perciò non v'era stato alcun peggioramento e l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni. Il referto del 7 giugno 2019 (doc. 156) del PD dr. med. _____, neurologo presso l'Ospedale _____ di _____, ha posto un disturbo della marcia multifattoriale e una sindrome ansioso-depressiva in trattamento farmacologico quale diagnosi principale. La protesi totale all'anca bilaterale e lo stato dopo by-pass gastrico sono state indicate come diagnosi secondarie. Alla visita avvenuta il giorno precedente l'assicurata lamentava le stesse problematiche riscontrate in passato, l'ultima volta l'11

febbraio 2019, di angoscia, insicurezza e depressione del tono dell'umore legato anche a problematiche di tipo economico. Persisteva la scarsa igiene del sonno, non erano presenti disturbi compatibili con una sindrome delle gambe senza riposo. Essa ha riferito un peggioramento dei disturbi mnesici. Per lo specialista, l'esame clinico era sovrapponibile al precedente e ha segnalato che una marcia da funambolo era impossibile, Romberg con oscillazioni pluridirezionali che si normalizzava alle prove di distrazione. Inoltre, egli ha rilevato che a quella visita era spiccato il disturbo ansioso-depressivo, per il quale non stava eseguendo un trattamento regolare. Per evitare di peggiorare la già scarsa igiene del sonno, le ha consigliato di potenziare il farmaco già assunto in gocce. Il 17 giugno 2019 (doc. 157) il dr. med. _____, medico curante dell'assicurata, ha scritto un'email all'Ufficio AI affermando quanto segue: " Ho parlato oggi con il Dr. _____, Neurologia _____, che prevedo una nuova rivalutazione neuro-psicologica incluso una valutazione psichiatrica visto che potrebbe trattarsi alla luce dell'idrocefalo di una malattia psico-organica da indagare ulteriormente. I deficit della capacità intellettuale sono già conosciuta. Anche secondo il Dr. _____ la paziente non è collocabile. Comunque con la nuova valutazione si sono ancora nuovi argomenti che sottolinea nostro parere. La prego gentilmente di darci una proroga fine il 31.08.19 per avere più dati per una valutazione obiettiva e darmi una conferma scritto della sua decisione." e ha allegato il predetto referto medico. Entrambi questi rapporti sono stati ulteriormente trasmessi dall'assicurata il 1° luglio 2019 quali osservazioni al progetto, a seguito dei quali l'Ufficio AI ha raccolto la valutazione ambulatoriale del 27 agosto 2019. Nel rapporto del 9 settembre 2019 (doc. 164) il PD dr. med. _____ ha riproposto quali diagnosi il disturbo della marcia multifattoriale e la sindrome ansioso-depressiva in trattamento farmacologico. A ciò ha aggiunto la vertigine parossistica posizionale benigna del canale semicircolare posteriore destro, il pregresso ipovitaminosi D in corso di sostituzione e l'emicrania senz'aura. Il neurologo ha riferito che l'assicurata non ha assunto il dosaggio prescritto in precedenza, perciò persistevano le note ansiose. L'RM encefalo del 23 maggio 2019 mostrava stabilità della problematica idrocefalica triventricolare. L'interessata ha riferito un'unica caduta a terra con dinamica poco chiara sovrapponibile alle precedenti. Ha avuto ulteriori episodi di vertigini che sono stati indagati e ha riferito di disturbi della sfera mnesica. La valutazione neuropsicologica dettagliata effettuata il 19 agosto 2019 è risultata sostanzialmente sovrapponibile alla precedente mostrante un deficit attentivo di pianificazione con tendenza alla confusione cognitiva in parte legata anche allo stato ansioso. Persistevano i problemi economici che rivestivano un ruolo rilevante nella problematica ansiosa. Nella sua valutazione, lo specialista ha consigliato nuovamente l'assunzione di 10 mg di Escitalopram e ha affermato che l'obiettività neurologica si mostrava sostanzialmente sovrapponibile alla precedente, evidenziando unicamente una difficoltà nella marcia da funambolo e delle note fobiche durante il cammino. Un controllo era previsto dopo tre mesi. Il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha trasmesso quest'ultimo rapporto al SAM per una presa di posizione (doc. 166), che è stata resa il 12 novembre 2019 (doc. 168) dopo che è stato sottoposto all'attenzione dei periti coinvolti nella perizia pluridisciplinare. Al riguardo, il dr. med. _____ si è così espresso: " (...) Descrive che è stata effettuata una MRI cerebrale di controllo risultata invariata, è stata effettuata altrettanto una nuova valutazione neuropsicologica in data 19.08.2019, anch'essa descritta come stabile rispetto l'esame del 2017 e quindi rispetto alla valutazione neuropsicologica che il Dr. med. _____ aveva già valutato nella sua consulenza neuropsicologica del 15.01.2019. Altrettanto viene descritto un quadro sovrapponibile dell'obiettività neurologica. In partica

il Dr. med. _____ descrive una situazione stabile, sia per quanto riguarda l'idrocefalo, sia la valutazione neuropsicologica e lo stato neurologico, quindi nessun cambiamento rispetto allo stato della paziente alla visita effettuata da parte mia e del Dr. med. _____ nel gennaio 2019. In tal senso non vedo necessità di dover rivalutare la paziente". Da parte sua, il dottor _____, neuropsicologo, ha risposto: "(...) Il neurologo, tra i vari accertamenti, fa riferimento a due esami neuropsicologici (il primo del 26.09.2017, il secondo del 19.08.2019). L'esito di queste valutazioni è giudicato stabile ed è sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'esame da me eseguito il 15.01.2019 nell'ambito della perizia SAM (mio referto del 28.01.2019)". Considerato come il 15 novembre 2019 (doc. 170) il dr. med. _____ ha concluso che " Il SAM in pratica conferma le conclusioni peritali in assenza di una modifica dello stato di salute. ", lo stesso giorno l'amministrazione ha emanato una decisione che ha confermato il progetto di decisione di nessun diritto a una rendita e a provvedimenti professionali non essendoci alcuna differenza rispetto alle precedenti valutazioni. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto al TCA i citati referti del 7 (doc. A7) e del 17 giugno 2019 (doc. A6) dei suoi medici curanti, a cui ha aggiunto il certificato medico del 10 dicembre 2019 (doc. A4) del dr. med. _____ che si è pronunciato come segue: " Si certifica che la Sig.ra RI 1 rimane inabile a 100% per qualsiasi lavori. La pratica AI rimane in corso e viene anche sostenuto dal PD Dr. _____, Neurologia, Ospedale _____, _____. Il caso della Sig.ra RI 1 viene di nuovo discusso al prossimo incontro AI/Neurologia.". Pendente causa, la ricorrente ha trasmesso il referto del 2 gennaio 2020 (doc. VI/1) del dr. med. _____: " Si certifica che la Sig.ra RI 1 rimane inabile a 100% per qualsiasi lavori. La pratica AI rimane in corso e viene anche sostenuto dal PD Dr. _____, Neurologia, Ospedale _____, _____. Ho discusso di nuovo oggi la pratica della Sig.ra RI 1 con il Dr. _____, che sostiene l'inabilità della Sig.ra RI 1 e discuterà il suo caso di nuovo con l'AI nel loro prossimo incontro nel gennaio.". 2.4. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

E. 3.2

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)".

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_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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" . 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, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. In concreto le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale il 23 maggio 2019, ribadite nelle annotazioni del 15 novembre 2019 dopo avere sottoposto ai periti del SAM gli ultimi referti dei medici curanti dell'assicurata, danno un quadro chiaro, completo e non contraddittorio delle condizioni di salute della ricorrente. Il dottor _____ dell'SMR si è allineato alle conclusioni che ha tratto il Servizio Accertamento Medico il 22 maggio 2019 dopo una approfondita perizia pluridisciplinare negli ambiti internistico, reumatologico, neurologico, neuropsicologico e psichiatrico. Gli specialisti che hanno valutato le condizioni di salute della ricorrente non hanno riscontrato un peggioramento rispetto alla precedente valutazione del 2015 né in ambito reumatologico né dal profilo psichiatrico. L'inabilità lavorativa era, allora come ora, totale nelle precedenti attività di cameriera e ausiliaria di pulizie, mentre del 20%, da intendere come riduzione del rendimento stante la necessità di effettuare pause prolungate, in attività adeguate che rispettino i limiti stabiliti dal reumatologo e dal neurologo. I periti hanno esaminato attentamente e dettagliatamente i pareri dei medici curanti antecedenti la loro valutazione clinica e anche quelli posteriori, giungendo, nel complesso, a una capacità lavorativa dell'80% in attività adatte, proprio come in occasione delle precedenti valutazioni che hanno avuto luogo nel giugno e nel mese di luglio 2014 e che hanno poi portato l'Ufficio AI ad attribuire all'assicurata una rendita intera limitata nel tempo. L'assicurata è stata pure sottoposta a dei test neuropsicologi, dai quali è risultata una capacità lavorativa del 90% in qualsiasi attività dal settembre 2017, così come dal profilo neurologico. In ambito psichiatrico, la dr.ssa _____ non ha evidenziato delle patologie tali da avere influsso sulla capacità lavorativa, precisando che l'interessata aveva bisogno non di una presa a

carico psichiatrica, bensì di supporto sociale essendo affetta da disturbo d'ansia generalizzata e da disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline. I referti stessi prodotti dall'assicurata con le osservazioni al progetto di decisione descrivono una situazione stabile, sovrapponibile alle precedenti. I certificati medici trasmessi con il ricorso non hanno invece alcuna valenza probatoria, essendo troppo generici e non descrivendo le sue condizioni di salute. Ad ogni modo, contrariamente a quanto affermato dalla ricorrente e dal dr. med. _____, il TCA osserva che il PD dr. med. _____ non ha mai giudicato l'assicurata totalmente inabile al lavoro. Addirittura, egli non ha mai espresso un'indicazione sulla sua capacità lavorativa, limitandosi sia nel referto del 7 giugno sia in quello del 9 settembre 2019, a ritenere soltanto, dopo esame clinico, che la situazione era sovrapponibile alla precedente. Entrambi i pareri prodotti con le osservazioni sono stati valutati dai periti, i quali hanno concluso che gli stessi medici curanti hanno descritto una situazione stabile, sia per quanto riguarda l'idrocefalo sia la valutazione neuropsicologica e lo stato neurologico, perciò rispetto alle loro valutazioni del mese di gennaio 2019 non v'era stato alcun cambiamento. La scrivente Corte evidenzia che i nuovi certificati medici del dr. _____ nulla mutano a queste conclusioni, giacché essi si limitano ad indicare che la ricorrente era inabile al 100% in qualsiasi lavoro ma, come ha sottolineato l'amministrazione, essi non forniscono informazioni dettagliate né sulle patologie né sulle constatazioni oggettive, ma traggono unicamente la conclusione sulla totale incapacità lavorativa dell'assicurata. Essi sono manifestamente generici e scarni e, pertanto, non possono essere di alcun aiuto alla ricorrente. Così facendo, la ricorrente si è infatti limitata a esporre delle limitazioni di carattere soggettivo, non suffragandole da valida documentazione clinica medica che possa oggettivare i suoi disturbi e le sue difficoltà fisiche e quindi che comprovi che il suo reale stato di salute era peggiore di quello accertato dall'Ufficio assicurazione invalidità. Al riguardo occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare; quest'obbligo non può perciò tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2019.220 del 6 luglio 2020; STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). Nel caso concreto, specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati quindi trasmessi dalla ricorrente al TCA. Di conseguenza, non è dimostrata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal Servizio Medico Regionale, che ha stabilito l'incapacità lavorativa dell'assicurata sulla base delle valutazioni peritali del 22 maggio 2019 effettuate dai dr. med. _____, _____, _____, _____ e _____ e del

complemento peritale del 12 novembre 2019. Fatte proprie le conclusioni degli esperti, il dr. med. _____ ha ritenuto che la ricorrente era totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività dal novembre 2011, mentre era abile all'80%, intesa come riduzione del rendimento, in attività adeguate leggere che tenessero conto dei limiti funzionali e di carico stabiliti dagli specialisti. Alla luce di tutte queste considerazioni, i gradi di incapacità lavorativa così determinati vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di cameriera e ausiliaria di pulizie quanto in attività adeguate. Non è data quindi un'incapacità lavorativa totale.

2.7. Da quanto precede discende che la pretesa dell'insorgente di riconoscerle " un grado di invalidità del 100% sia nella attività abituale sia in attività adeguate ", rispettivamente di annullare la decisione impugnata, non può essere accolta.

2.8. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico della ricorrente.

2.9. Quest'ultima ha chiesto al Tribunale di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria presentando domanda di esonero dalle spese e tasse di giustizia. Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante." I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II

275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, non va dimenticato che la ricorrente non ha prodotto alcun referto medico atto a sovvertire le chiare e complete conclusioni tratte dai periti del Servizio Accertamento Medico, che hanno valutato nel dettaglio e compiutamente le sue condizioni di salute. Di fronte a lamentele di carattere soggettivo, il TCA ha confermato le conclusioni tratte dai periti nominati dall'Ufficio assicurazione invalidità, che hanno dato atto di una capacità lavorativa immutata rispetto alla precedente valutazione del 2015 e, quindi, non è stato comprovato un peggioramento tale dal dovere modificare i gradi di incapacità lavorativa e, semmai, anche di perdita di guadagno. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria deve essere così respinta

E. 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF 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*, 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto

pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "

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