

TI_GERICHTE 32.2021.33 vom 3. Februar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-02-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.33

FR: TI_GERICHTE 32.2021.33 du 3 février 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.33 del 3 febbraio 2021

Regeste

Valutazione peritale posta a fondamento del rifiuto della rendita necessita di accurati approfondimenti dal profilo psichiatrico e somatico. Rinvio atti

Erwägungen

E. 14

aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STF 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STF I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65).

2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TF ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare

un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STF I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TF siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STF I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p. 254-257). Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia). In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente

esigibile è stata abbandonata. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante. Infine, nella sentenza pubblicata in 145 V 215 (STF 9C_724/2018 dell'11 luglio 2019) il Tribunale federale ha stabilito che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata anche all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di tossicomanie, fermo restando in ogni caso l'obbligo dell'assicurato di ridurre il danno, ad esempio tramite partecipazione attiva a dei trattamenti medici ragionevolmente esigibili, pena il rifiuto o la riduzione delle prestazioni (cfr. comunicato stampa del 5 agosto 2019, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le tossicomanie (sindromi da dipendenza quali per esempio l'alcolismo [RCC 1989 pag. 283, 1969 pag. 236], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 pag. 115] o da droghe [RCC 1992 pag. 180, 1987 pag. 467, 1973 pag. 600], l'abuso di nicotina oppure l'obesità [RCC 1984 pag. 359]; STCA 32.2017.185 del 18 luglio 2018, consid. 2.5) occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Il Tribunale federale ha così modificato la sua precedente giurisprudenza secondo la quale le tossicomanie erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fossero causate da un danno alla salute fisica o mentale, o avessero provocato una malattia o un infortunio. Decisiva è ora invece la questione di sapere se la persona interessata riesca a fornire, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante (cfr. STF 9C_136/2019 del 19 agosto 2019, consid. 3 in fine), fermo restando in ogni caso l'obbligo di ridurre il danno, sottoponendosi ai trattamenti medici ragionevolmente esigibili, pena il rifiuto o la riduzione delle prestazioni. Nella STF 9C_334/2019 del 6 settembre 2019, al consid. 5.2, l'Alta Corte ha ricordato che di principio una nuova prassi si applica a tutti i casi pendenti al momento del cambiamento (cfr. pure STF 8C_313/2018 del 10 agosto 2018, consid. 8 con rinvii; DTF 137 V 210, consid.5 e 6 e DTF 132 V 368, consid. 2.1 ivi citato). 2.4. Al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurata esistente posteriormente alla data della valutazione peritale pluridisciplinare _____ svolta nel mese di maggio 2016, l'amministrazione, conformemente a quanto disposto dal TCA nella STCA 32.2017.189 del 25 luglio 2018, ha chiesto una nuova valutazione pluridisciplinare di decorso al medesimo _____. Con referto peritale del 15 aprile 2020 gli esperti incaricati hanno considerato l'assicurata totalmente inabile al lavoro nell'abituale attività di infermiera, ma ancora abile al lavoro al 90% a partire dal mese di novembre 2017 e all'80% a partire dal mese di gennaio 2020 in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (cfr. doc. 192 pag. 10). Nel rapporto finale SMR del 26 maggio 2020, il dr. _____, dopo avere evidenziato che lo stato di salute dell'interessata è peggiorato, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "artralgie croniche avampiate a sinistra; impingement cronico spalla destra; sindrome cervicospindillogena

cronica; sindrome lombospondilogenica cronica; tinnito bilaterale H93.1.0, grado medio noto dal 2018; vertigine intermittente H82”, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di “anamnestica sindrome depressiva recidivante, attualmente in remissione F33.4; sindrome somatoforme F45; emicrania senz’aura G43.0; lieve ipoacusia; stato dopo ca seno a sinistra nel 2013; tiroidite autoimmune”. Quanto alla capacità lavorativa, il medico del SMR ha rilevato come l’interessata risulti totalmente inabile al lavoro a partire dal 1° novembre 2015 nell’abituale professione, ma ancora abile al 90% dal mese di novembre 2017 e all’80% dal mese di gennaio 2020 in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (doc. 194). L’assicurata ha contestato la valutazione dei periti del _____, condivisa dal SMR, posta alla base del progetto di decisione di attribuzione di una mezza rendita di invalidità limitatamente al periodo compreso fra il 1° ottobre 2014 e il 31 marzo 2015, facendo valere la sua impossibilità di svolgere anche solo attività leggere, così come del resto attestato dalla dr.ssa _____, spec. FMH in medicina interna generale. Quest’ultima, difatti, con referto del 3 novembre 2020, ha rilevato che: " Dopo aver preso visione della valutazione _____ della summenzionata paziente ritengo opportuno inoltrare alcune osservazioni / contestazioni in merito. Mi riferisco in particolar modo alla valutazione eseguita nella mia specialità dal collega medico internista generalista dr. med. _____. Riassumendo si tratta di una paziente con un dolore cronico inaggravante negli anni che l’ha portata ad una inabilità lavorativa quasi totale negli ultimi due anni. Ne danno conferma le numerose consultazioni mediche a causa di una persistenza del dolore con tutte le conseguenze del caso: astenia, sindrome depressiva, impossibilità di recarsi sul luogo di lavoro, impossibilità a svolgere qualsiasi attività a causa dei dolori, tranne che mantenere una minima attività lavorativa come infermiera pediatrica (5%). Lo stato di salute della paziente con persistenza dei dolori nonostante le misure terapeutiche intraprese, non le hanno permesso e non le permetteranno di svolgere alcuna attività lavorativa, anche in un altro ambito. La perizia e quindi la valutazione del grado di invalidità non ha preso in considerazione la problematica del dolore cronico che è la causa principale dell’inabilità lavorativa. Mi chiedo quindi come mai la diagnosi di Sindrome somatoforme su dolore cronico non sia stata menzionata dal collega quale causa diretta all’inabilità lavorativa della paziente.” (Doc. 221/1) Analoga la valutazione posta nel referto del 29 ottobre 2020 dalla dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " (...) in merito alla valutazione effettuata dalla paziente presso _____ ed in particolare per quanto concerne la perizia psichiatrica effettuata dalla collega psichiatra _____, come richiesto dall’assicurata in merito ad una procedura di ricorso contro la decisione che ne è scaturita, comunico ciò che segue per precisare alcune delle osservazioni contenute nella valutazione stessa. Purtroppo, come emerge dalla perizia, il mio rapporto all’UAI Ticino non era leggibile ma non sono stata interpellata in merito ad una eventuale valutazione dell’assicurata e alle condizioni cliniche della stessa; successivamente a tale rapporto non mi sono stati chiesti aggiornamenti né tantomeno sono stata contattata in occasione della visita peritale per eventuali chiarimenti e condivisione delle conclusioni della stessa. Dal maggio 2019 infatti ho incontrato la paziente diverse volte con contatti che si sono intensificati nei momenti di maggiori crisi dolorose. Con due relazioni cliniche nell’aprile 2019 e nel maggio 2019 ho comunicato all’assicurazione _____ (rapporti di cui presumo la perita sia in possesso) un aggravamento delle condizioni psicofisiche negli ultimi 12 mesi, che a mio avviso la rendevano inabile al lavoro in misura completa, non essendo mai riuscita ad aumentare in alcun modo la capacità lavorativa. Da quanto riferitomi la paziente avrebbe ridotto al

minimo l'insegnamento, la sua attività di infermiera pediatrica e la sua attività indipendente proprio a causa dell'aggravarsi della sintomatologia dolorosa stessa. Nel ricevere la valutazione l'assicurata ha mosso una serie di obiezioni rispetto alla valutazione stessa che, a suo dire, sarebbe caratterizzata da diverse "imprecisioni per quanto riguarda le percentuali lavorative delle varie attività che avrebbe svolto e che avrebbe sospeso successivamente per malattia (riferite imprecisione rispetto a date, percentuali, ecc. ...). Rispetto a questo non intenderei soffermarmi ma lascerei all'assicurata ed al suo legale muovere critiche ed eventuali osservazioni. All'esame clinico condotto secondo i criteri AMDP l'assicurata è apparsa ed appare prostrata dal dolore, con un tono dell'umore lievemente deflesso, angosciata, spesso ansiosa, con disturbi del sonno, slancio vitale ridotto e defuturizzazione. Da diverso tempo ella non avrebbe piacere a stare in compagnia di amici, negli ultimi anni avrebbe per quanto possibile adattato la sua attività professionale riducendola sostanziosamente, alle sue condizioni di salute ed in particolare ai dolori sempre presenti. Ribadisco che a mio avviso si tratta chiaramente di una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45), diagnosi peraltro confermata dalla collega nella sua valutazione peritale (posta dalla stessa tra le diagnosi presenti ma senza influsso sulla CL). Per quanto constatato nel corso di questi anni ed in particolare nel corso degli ultimi 12 mesi a mio avviso la malattia si ripercuote marcatamente sulla capacità lavorativa limitandola in misura completa in qualsiasi attività che ella svolge e che ha praticamente quasi sospeso del tutto in virtù del dolore stesso. Come ben noto la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente è una diagnosi per esclusione di sintomi non prodotti volontariamente che persistono oltre 6 mesi. Nel caso in oggetto il dolore, divenuto ormai cronico, parrebbe aver perso il suo valore di segnale d'allarme diventando ormai una malattia a sé. Il carattere proporzionale o non proporzionale del dolore può apparire come una interpretazione e non come qualcosa di strettamente oggettivo (in rapporto alla malattia organica). Tale sindrome richiede la preminenza, come nel caso in oggetto, di un dolore cronico che parrebbe aver avuto ripercussioni personali sociali e professionali. La sindrome somatoforme da dolore persistente si colloca come una diagnosi principale che precede altre affezioni come gli stati depressivi ansiosi o psicotici e le malattie somatiche eventuali, allorquando sono presenti nello stesso paziente poiché la componente dolorosa, come nel caso della paziente in oggetto, domina il corteo sintomatologico in toto. Il decorso della malattia oggettivato in questi anni appare quello classico con un passaggio dal dolore acuto al dolore cronico. Ho oggettivato i sentimenti di paura ed ansia iniziali divenuti poi angoscianti, con forti sentimenti di impotenza cronicizzatisi poi nell'assunzione della condizione di malata. La paziente ha accettato un trattamento antidepressivo con paroxetina che in passato non ha portato nessun beneficio. Dal mese di settembre assume una terapia a base di duloxetina in corso di titolazione (attualmente 60 mg 7 die) finora senza beneficio. La prognosi si delinea a mio avviso sfavorevole, in considerazione della cronicizzazione della condizione dolorosa. Per quanto concerne il Mini ICF, questo si configura ad oggi come segue: 1. descrizione di risorse e deficit secondo schema MINI ICF APP 1. Rispetto delle regole: grado di disabilità moderato: deve impegnarsi molto per rispettare appuntamenti presi e aderire alle regole (lo dimostra il fatto che non è più riuscita a lavorare come prima per i corsi organizzati dalla _____) 2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità moderata: moderata difficoltà nell'organizzare i propri compiti 3. Flessibilità: grado di disabilità grave: non sembra più essere in grado di adattare il proprio comportamento, i pensieri e le esperienze ai cambiamenti delle situazioni, delle persone e delle richieste. Sembra aver perso la capacità di adottare comportamenti diversi in funzione della

situazione. 4. Competenze: grado di disabilità moderato-grave: le conoscenze, le competenze e le abilità personali non sono utilizzate e applicate in accordo con la situazione o le aspettative di ruolo. La sua performance è al di sotto del livello atteso, attualmente è considerato da altri come un elemento di ridotte capacità in termini di qualità e contenuto. Rispetto alla sua ultima attività, non essendo più capace di assolvere a compiti lavorativi, si è sollevata da parecchi incarichi. 5. Giudizio: grado di disabilità moderato: il giudizio risente fortemente della malattia 6. Persistenza: grado di disabilità grave: la capacità di mantenere un'attività con sufficiente costanza nel tempo previsto sembra essere inficiata dalla sintomatologia algica 7. Assertività: grado di disabilità lieve-moderato: spesso, in maniera passiva, non riesce a sollevare obiezioni rispetto all'interlocutore 8. Contatto con gli altri: grado di disabilità moderato-grave: il contatto con gli altri si è notevolmente ridotto, diminuito il piacere di stare in compagnia 9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità moderato: ridotta capacità di partecipare a sessioni di gruppo 10. Relazioni intime: grado di disabilità nessuna: è capace di mantenere legami stretti con il compagno e con i familiari che la sostengono quotidianamente 11. Attività spontanee: grado di disabilità moderato-grave: non partecipa e non si impegna in attività sportive, artistiche e non ha al momento nessun hobby 12. Cura di sé: grado di disabilità nessuna: sembra attualmente essere in grado di prendersi cura di sé stessa 13. Mobilità: grado di disabilità moderato: si sposta con difficoltà con i mezzi; i viaggi risultano per lei pesanti e le causano forte stress.” (Doc. 221/2) Chiamato ad esprimersi in merito alle obiezioni sollevate dagli specialisti curanti, il dr. _____ del SMR ha ritenuto opportuno interpellare i periti _____, chiedendo una espressa presa di posizione con riferimento agli aspetti psichiatrici (cfr. doc. 223). La specialista psichiatra si è quindi espressa nel complemento del 14 dicembre 2020 (cfr. doc. 225). Con annotazione dell'11 novembre 2020, il dr. _____ del SMR ha confermato la validità della valutazione peritale _____, osservando: " Perizia _____ 15.4.2020 e precisazione del 20.05.2020 - Valutazione reumatologica: IL completa in attività abituale, IL 20% in attività adatta - Assenza di impedimento neurologico - IL 10% dal lato ORL per attività adatta - Assenza di patologia psichiatrica attuale con influo sulla CL, non assume psicofarmaci - In conclusione, IL 100% in attività abituale, questo da 11.2013 - IL 20% (rendimento ridotto) in attività adatta da 1.2020, prima 10% da 11.2017 - Attività di infermiera pediatrica Spitex esigibile al massimo nella misura di 2 ore la settimana (IL 95%) - Attività di formatrice servizio civile dovrebbe rispettare i limiti funzionali reumatologici e quindi essere esigibile all'80% In conclusione: - Persistente IL 100% quale infermiera/infermiera pediatrica - Peggioramento stato di salute in presenza di tinnito - Peggioramento reumatologico a livello in particolare dei piedi Diagnosi: artralgie croniche avampiede a sinistra impingement cronico spalla destra sindrome cervicospondilogenica cronica sindrome lombospondilogenica cronica tinnito bilaterale H93.1.0, grado medio noto dal 2018 vertigine intermittente H82 Osservazioni al progetto di decisione del 17.7.2020: - Certificato dr.ssa _____ del 3.11.2020: ritiene che la perizia non ha preso in considerazione la problematica algica cronica - Certificato dr.ssa _____ del 29.10.2020 Risposta _____ del 14.12.2020 I periti ritengono che l'influsso della patologia somatoforme sulla vita quotidiana è di entità limitata, che il trattamento in atto non è massimale, che l'assicurata svolge l'attività lavorativa e che non vi è una comorbidità psichiatrica. Confermano quindi che la diagnosi F45 è senza influo sulla CL.” (Doc. 228) 2.5. In sede ricorsuale l'insorgente ha nuovamente contestato la valutazione peritale e il successivo complemento, ritenuti contraddittori, sommari e lacunosi (doc. I). In corso di causa, a comprova delle proprie obiezioni, l'assicurata ha trasmesso al

TCA un ulteriore referto della propria psichiatra curante, dr.ssa _____, datato 22 marzo 2021, del seguente tenore: " (...) in merito alla sua richiesta successiva alle valutazioni della collega dell'Istituto _____ di _____ del dicembre 2020, manifesto nuovamente le mie perplessità rispetto alla situazione dell'assicurata affetta da sindrome da dolore persistente (ICD10-F45). Tale diagnosi viene confermata dalla collega nella sua valutazione peritale ma viene posta tra le diagnosi presenti ma senza influsso sulla capacità lavorativa. Come già esplicitato nel mio rapporto dell'ottobre 2020, a mio avviso, la sindrome somatoforme da dolore persistente appare ad oggi, nel caso in oggetto, la diagnosi principale in una condizione in cui la componente dolorosa domina il corteo sintomatologico in toto. A mio modo di vedere ed in base alla conoscenza dell'assicurata, come espresso peraltro ed evidenziato dal Mini-ICF App, si evidenzia un importante grado di disabilità per quanto riguarda tutte le risorse in possesso dell'assicurata stessa. La signora RI 1 ha radicalmente cambiato la sua vita e non appare più partecipe attivamente né ad una vita privata né professionale. Per quanto riguarda l'aspetto privato, ella ha necessità di essere spesso sostenuta dal compagno, per quanto riguarda l'aspetto lavorativo ha ridotto al minimo la sua attività indipendente ed ha rinunciato completamente a molte delle attività che svolgeva. Di fronte alla cronicizzazione della situazione, non ho notato alcun beneficio aumentando la frequenza delle sedute che si sono svolte mensilmente e sono state incrementate in caso di necessità o urgenza. Rispetto alla Paroxetina, come evidenziato in diversi scritti, questa era stata introdotta con una posologia di 10 mg e non era stato possibile incrementare la dose per il sopraggiungere di effetti collaterali. Per quanto riguarda l'assunzione di Duloxetina 60 mg, non ho mai intravvisto la necessità di aumentarla ulteriormente: studi concordano per un dosaggio di 60 mg nel trattamento del dolore cronico, non avendo identificato nessun beneficio aggiuntivo a 120mg/die. Rispetto alla diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione (ICD10-F33.4) posta dalla collega dell'_____ tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, non trovo traccia nelle precedenti valutazioni, di referti attestanti la presenza di episodi depressivi. Si presume infatti, avendo postulato tale diagnosi, che il soggetto abbia avuto in passato uno o più episodi depressivi e che da diversi mesi non presenterebbe alcun sintomo. Rispetto alle valutazioni peritali effettuate da _____ nel 2016 e nel 2020, non trovo traccia di episodi depressivi riconosciuti invalidanti o no. Ritengo quindi la valutazione derivante (in virtù degli episodi depressivi vissuti dall'assicurata che dalla sindrome somatoforme oramai cronicizzata) poco aderenti alla realtà di vita di una persona che appare ad oggi limitata nello svolgimento di qualsiasi attività in misura completa." (Doc. G) Con annotazione dell'11 maggio 2021, il dr. _____ del SMR ha espresso le seguenti considerazioni: " Attuale nuova documentazione medica - Rapporto dr.ssa _____ del 22.3.2021 Dal rapporto della dr.ssa _____ non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto ai rapporti precedenti. In merito alla seguente osservazione della dr.ssa _____: "Rispetto alla diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione (ICD10-F33.4) posta dalla collega dell'_____ tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, non trovo traccia nelle precedenti valutazioni, di referti attestanti la presenza di episodi depressivi. Si presume infatti, avendo postulato tale diagnosi, che il soggetto abbia avuto in passato uno o più episodi depressivi e che da diversi mesi non presenterebbe alcun sintomo." faccio presente che la dr.ssa _____ stessa nel suo rapporto AI del 22.5.2019 aveva posto le diagnosi di -sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve -oltre a sindrome somatoforme da dolore persistente Non ritengo che l'attuale rapporto modifichi le conclusioni peritali." (Doc. VIII/1) L'insorgente ha

successivamente trasmesso al TCA ulteriore documentazione medica a sostegno delle proprie tesi ricorsuali e meglio: - Referto del 7 giugno 2021 della dr.ssa _____, indirizzato alla patrocinatrice dell'interessata, del seguente tenore: " in merito alla sua richiesta del 25 maggio 2021 dove si chiede esplicitamente di prendere posizione rispetto alle osservazioni del dr. med. _____ (medico SMR, annotazione dell'11 maggio 2021), rispondo come segue: in data 22 marzo 2021 avevo inviato alla sua attenzione un nuovo rapporto dove si prendeva posizione sulla nuova valutazione allestita dall'Istituto _____ di _____. Rispetto al decorso, nello scritto, ho oggettivato un peggioramento delle condizioni psichiche con uno stravolgimento totale della sua esistenza. Rispetto all'osservazione del collega SMR, ribadisco che non ho trovato prima dell'ultima valutazione _____ nessuna traccia di una sindrome depressiva ricorrente oggettivata fino al 2020. Nelle precedenti valutazioni infatti (vedi valutazione _____ 2016) per l'assicurata in questione non era stata posta diagnosi psichiatrica né rispetto a eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa, né diagnosi esenti dal ripercuotersi sulla capacità lavorativa stessa. Improvvisamente, la collega dell' _____, nell'ultima valutazione pone diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione, tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. La mia osservazione, indicata quindi nel rapporto, si basava sul fatto che non trovavo traccia nelle precedenti valutazioni peritali _____. Si presume infatti che, qualora venga posta una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, sebbene in remissione, vi siano stati almeno due episodi depressivi di cui nella perizia non si fa menzione. Presumendo quindi che l'episodio attuale sia in remissione, mi domando quando sia o siano stati contestualizzati i precedenti episodi?" (Doc. K); - referto del 28 aprile 2021 del dr. _____, spec. FMH reumatologia e medicina interna, indirizzato alla dr.ssa _____, del seguente tenore: " consultazione del 26.04.2021 Diagnosi: sindrome algica cronica pluridistrettuale-fibromialgia o affaticamento aumentato, disturbi del sonno e della concentrazione, corollario somatoforme multiorgano o cefalee miste tipo cluster e/o emicrania, nel decorso piuttosto tensivo o dal 2017: vertigini e tinnito o dal 2018: disturbi perimenopausali con sudorazioni profuse e distermia cervicobrachialgie: o dolori alle spalle, più recentemente dx > sx con discreto impingement: § 03.2015: rx spalla sx: tendinosi calcarea 11x5 mm cuffia rotatori § 01.2020: sonografia spalla dx: artrosi AC e lesione parziale SSP § 04.2021: impingement dx > sx, artrosi AC, possibile lesione parziale CLB dx o Sindrome cervicovertebrale a predominanza sx non deficitaria, accentuata dopo mastectomia 2013 (+scapula alata?), lieve linfedema arto superiore sx residuo dopo mastectomia § 16.02.2021: RM cervicale: discopatie plurisegmentali da C4 a C7 con spondilosi e artrosi uncovertebrale C5/6 sx > dx con possibile conflitto C6 sx Sindrome lombovertebrale cronica ricorrente a predominanza sx, non deficitaria o Decondizionamento fisico o Lieve scoliosi e dismetria del bacino (ca -5mm sx) § 03.2015: MRI vertebrale in toto: discopatie C4-7 con restringimento foraminale sx / uncartrosi C5/6 sx (possibile contatto C6), rettilineizzazione della colonna, discopatie L1-5, spec L3/4 (alterazioni reattive) non compressive, spondilartrosi L3-S1 + mioma utero § 07.2014: rx bacino: lieve dismetria del bacino (-6mm sx) o 16.02.2021: RM colonna lombare: discopatie plurisegmentali L1-5 con ED L3/4 laterale sx in conflitto con L3, Modic 1 L3/4 > L2/3, e alterazione della limitante vertebrale superiore L2 (dd: Scheuermann) Tendenza all'iperlassità legamentare Poliartralgie/mialgie diffuse indifferenziate dd: disimmunopatia non classificabile (tiroide/miopatia) o 12.2018: non indizi artritici nel decorso o 10.2012: ANA 640, antidsDNA 1.1 (n<1.0), 08.2015: ANA- o 06.2018: ANA 320, FR-, CCP- o 08.2018: CK 818 (n<170), VS 9 o 12.2018: CK 139, ANA 320, ENA-, antidsDNA 0.7

(n<15) o 18.10.2019: CK 135, ANA-, ENA-, VS 12, PCR 1 o 07.01.2020: VS 22, PCR <5, TSH 0.826 o 13.05.2020: ANCA neutro 80 (n<20), MPO-, P3- Radiologia: o 03.2013: mano dx e sx: note artrosiche minori, non erosioni o 04.2019: piede dx e sx: artrosi IP 1, non erosioni. Callo diafisario falange prossimale V° raggio piede sx dd: esiti postfratturativi
Trattamento o 23.02.2019: Plaquenil per 1 mese: stop per intolleranza con cefalee, malessere e adinamia Metatarsalgie in M. Morton 2/3 bilaterale e 3/4 a destra, artrosi cuneiforme-MT3 dx (RM piedi 23.01.2020) Arrossamento periungueale degli alluci destra > sinistra con distrofie ungueali (03.2019), non micotiche, di eziologia multifattoriale dd: eziologia psoriasica incerta / componente traumatica / ev disimmunopatica / vascolare: o 04.2019: Rx piede destro/sinistro: artrosi IP1, tendenza all'allargamento della basi falangeali distali (reperti aspecifici) o Ipotiriosismo severa (19nmol/L 03.2013), sostituita (103 nmol/L 05.2013) Ipotireosi sostituita oligosintomatica in tiroidite di Hashimoto o 06.2001: TSH 10.66, antiTPO 107, 08.2018: TSH 3.96, 12.2018: 1.14 o dal 2009: sostituzione con Euthyrox fibroma uterino (sonografia addominale 08.03.2013) intercorrente iperprolattinemia o 2009: MR: non adenoma ipofisario o 1973: flegmone cervicale (dopo mononucleosi) con ipofisite o 1973: tonsillectomia complicata da calo di memoria x 1 anno Stato dopo infetto Covid 19 in 12.2020: o 26.04.2021: SARS-CoV-2 IgG antiS1: 2257.6 (n<50), IgM 0.22 (n<1.0) Stato dopo mastectomia sinistra per neoplasia mammaria 11.2013, ricostruzione oncoplastica: o Lieve linfedema arto superiore sinistro o 12.2013: Tamoxifen per 24 giorni, non tollerato Stato dopo frattura falange prossimale V raggio piede destro o 04.2019: callo riparativo Stato dopo operazione per vene varicose bilaterale 2009 Stato dopo meniscectomia parziale ginocchio destro 2000 COMMENTO: la paziente porta una lista di problemi, in particolare riferisce la persistenza di malessere e affaticamento accompagnato da nausea e vertigini, non emicranie. Il colesterolo è leggermente aumentato. Inoltre la RM della colonna cervicale del 16.02.2021 mostra discopatie plurisegmentali da C4 a C7 con spondilosi e artrosi uncovertebrale C5/6 sinistra > destra con possibile conflitto C6 a sinistra. A livello lombare la RM del 16.02.2021 evidenzia discopatie plurisegmentali L1-5 con ED L3/4 laterale sinistra in conflitto con L3 e un'alterazione della limitante superiore di L2 compatibile con pregresso M Scheuermann (discusso con radiologo). Inoltre le distrofie ungueali, di eziologia multifattoriale, sono state pure indagate/confermate dalla dr.ssa _____. Attualmente predominano dolori al cinto scapolare, prevalentemente alle spalle, attualmente piuttosto a destra. La paziente riferisce un calo di forza a livello delle mani e un morbo di Morton ai piedi nonché dolori peroneali a sinistra circoscritti, dd: L5? Infine dolori ai denti a livello dello smalto. Attualmente predominano dolori a livello cervicobrachiale, in parte spondilogeni non deficitari, in parte dovuti ad un impingement delle spalle predominante a destra in artrosi AC. Era stata documentata una lesione parziale sonografica del SSP a destra. STATUS: elevazione delle spalle 155° bilateralmente. Abduzione spalla destra 110°, sinistra 80°. RE/RI spalle 40-0-60°. Impingement subacromiale destra > sinistra. Artrosi AC bilaterale. Probabile lesione parziale CLB destra. Test LAG e Lift off negativi. Non deficit radicolare agli arti superiori. Piccolo linfonodo ascellare sinistro < 1 cm, indolore, non fissato. Labor del 03.02.2021: VS 6, PCR <3 Valutazione e procedere Farmaci: - Euthyrox 100 1-0-0 - Sostituzione con Vitamina D3 Wild - Duloxetine 60 0-0-1 introdotto recentemente da dr.ssa Ciavaglioli - Korill e Biotin Biomed Fisioterapia: proposta. La paziente comunicherà quando si sentirà pronta per intraprendere nuovi cicli di fisioterapia attiva.” (Doc. M) 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto

si fonda su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte

ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti peritali, condividere la valutazione peritale del _____ del 15 aprile 2020 e il successivo complemento peritale del 14 dicembre 2020 - a loro volta condivisi dal dr. _____ del SMR - posti a fondamento della decisione impugnata. Sia dal profilo somatico, che da quello psichiatrico, il TCA non è in grado di stabilire con sufficiente tranquillità se - come considerato dall'amministrazione nella decisione impugnata - alla luce delle patologie di cui soffre l'assicurata - totalmente inabile al lavoro, nella propria professione, circostanza ormai pacifica - possa essere considerata ancora in grado di svolgere delle attività adatte nella misura del 90% dal mese di novembre 2017 e dell'80% dal mese di gennaio 2020, come appunto valutato dai periti del _____ e condiviso dal dr. _____ del SMR, oppure no, secondo quanto, invece, sostenuto a più riprese dalla dr.ssa _____ e dalla dr.ssa _____, che ha escluso ogni esigibilità lavorativa. Dalla documentazione medica prodotta dall'insorgente emergono, difatti, una serie di elementi in grado di mettere quantomeno in discussione le valutazioni operate dai periti del _____, sui quali appare imprescindibile esigere una presa di posizione da parte dei periti stessi. A tale riguardo, il TCA constata che il medico del SMR ha - a giusta ragione - ritenuto opportuno sottoporre agli esperti del _____ la documentazione medica prodotta dall'assicurata, interpellando tuttavia - ciò che non può essere avallato da questo Tribunale - unicamente la specialista in psichiatria con riferimento al referto della dr.ssa _____ (cfr. complemento peritale del 14 dicembre 2020, doc. 225). Il dr. _____ non ha invece - a torto - sottoposto ai periti dell'_____ l'altro referto prodotto dall'assicurata a sostegno della propria impossibilità di svolgere anche solo attività leggere adeguate, ossia quello del 3 novembre 2020 con il quale la dr.ssa _____ ha rimproverato ai periti di non avere sufficientemente indagato ed approfondito dal profilo internistico il tema del dolore cronico, a suo parere estremamente limitante ed invalidante (cfr. doc. 221/1). Tale modo di procedere dell'amministrazione non può essere condiviso da questo Tribunale. Alla luce delle patologie che affliggono l'interessata, con riferimento in particolar modo proprio alla problematica del dolore cronico, occorre in ogni caso un apprezzamento peritale puntuale e motivato sia dal profilo reumatologico, che da quello

psichiatrico. Al riguardo, va sottolineato che con STF 9C_701/2020 del 6 settembre 2021, il Tribunale federale ha ribadito che in caso di fibromialgia e sindrome somatoforme dolorosa occorre procedere ad un esame strutturato, secondo indicatori, in un ambito interdisciplinare, che tenga opportunamente conto sia degli aspetti reumatologici che di quelli psichici. Ora, ciò non essendo stato fatto, si impone un rinvio degli atti all'amministrazione affinché ponga rimedio a tale mancanza, la quale rende gli accertamenti peritali del tutto lacunosi e carenti già solo per quanto concerne gli aspetti organici. Dal profilo psichiatrico, inoltre, va rilevato che il complemento peritale del 14 dicembre 2020 della dr.ssa _____ è stato oggetto di ulteriori critiche da parte della dr.ssa _____ (cfr. doc. G), che avrebbero richiesto una presa di posizione articolata, esaustiva e puntuale da parte della stessa specialista in psichiatria (in particolare a proposito della presunta remissione della sindrome depressiva, che non era tuttavia stata evidenziata in occasione della precedente perizia _____ del 2016), ciò che non è invece stato fatto. Le considerazioni della dr.ssa _____, infatti, sono state in maniera semplicistica ritenute ininfluenti da parte del dr. _____ del SMR nelle annotazioni dell'11 maggio 2021 (doc. VIII/1), anziché essere sottoposte alla specialista psichiatra dell'_____ per le opportune spiegazioni del caso. Da qui la necessità di ulteriori approfondimenti peritali. Il rinvio degli atti appare imprescindibile, inoltre, anche alla luce del mancato aggiornamento degli esami strumentali da parte dei periti dell'_____ al momento della visita peritale del 2020 rispetto a quelli già utilizzati in occasione della precedente valutazione peritale del 2016. Visto il carattere ingravescente e progressivo delle problematiche di salute che affliggono l'assicurata, i periti non potevano – come invece accaduto - fondare il proprio apprezzamento sulle medesime risultanze radiologiche e RM del 2015, ma avrebbero dovuto necessariamente procedere all'attualizzazione delle stesse. Ciò è, del resto, quanto effettuato dal dr. _____, come risulta dal referto del 28 aprile 2021, nel quale sono stati riportati gli esiti delle RM colonna cervicale e lombare del 16 febbraio 2021 (cfr. doc. M). Anche tali aspetti andranno tenuti in debita considerazione nell'ambito dei nuovi accertamenti peritali che si impongono. Per tutte queste ragioni appare indispensabile che gli aspetti psichiatrici e somatici controversi vengano ulteriormente approfonditi in ambito peritale, attraverso delle accurate valutazioni complementari che tengano conto e si confrontino in maniera adeguata anche con il motivato parere espresso dagli specialisti curanti (ricordata al riguardo la potenziale forza probante dei rapporti del medico curante, derivante dal fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C_468/2009 del 9 settembre 2009 e riferimenti, tuttora in vigore, come ricordato ad es. in STF 8C_168/2019 del 9 settembre 2019, mettendo comunque in rilievo anche la differenza esistente tra mandato di cura e mandato peritale; D. Cattaneo, in “ Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124)). 2.8. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage

begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire quale sia l'effettivo stato di salute dell'interessata e l'influsso dello stesso sulla sua capacità lavorativa residua. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita di invalidità, fermo restando il diritto ad una mezza rendita di invalidità dal 1° ottobre 2014 al 31 marzo 2015, non contestato. Va a questo proposito rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma del diritto ad una mezza rendita di invalidità dal 1° ottobre 2014 al 31 marzo 2015 nel dispositivo della presente sentenza, su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015). 2.9. Giusta l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 138 V 122; 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009 e 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI, 2.10. L'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. I). Visto l'esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), l'assicurata, patrocinata dal servizio giuridico di RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). La domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

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