

TI_GERICHTE 32.2024.17 vom 8. Februar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-02-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.17

FR: TI_GERICHTE 32.2024.17 du 8 février 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.17 del 8 febbraio 2024

Erwägungen

E. 12

[con refuso, n.d.r.]; Hürzeler, Diritto delle assicurazioni sociali, in: Formazione continua e aggiornamento per giuristi 2021, pag. 29; UFAS, Bollettino della previdenza professionale nr. 156 del 1. luglio 2021, n. 1067, p.to B.4.a.; ASIP, Fachmitteilung Nr. 127 del 25 agosto 2021: 7. IV-Revision: stufenloses Rentensystem, pto. 3.2.). Il marg. no. 9200 CIRAI prevede che “le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 hanno già compiuto 55 anni (uomini nati negli anni dal 1957 al 1966; donne nate negli anni dal 1958 al 1966) rimangono nel vecchio sistema di rendite anche in caso di revisione del diritto alla rendita. A queste persone restano pertanto applicabili le disposizioni legali nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2021”. Nel caso in esame l’UAI ha respinto una domanda di aumento del grado d’invalidità ad un’assicurata nata nel 1966, già al beneficio di un quarto di rendita. Ne segue che al caso di specie vanno applicate le norme in vigore fino al 31 dicembre 2021, cui si farà riferimento qui di seguito, tranne indicazione in senso contrario.

2.3. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell’invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s’intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d’incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un’altra professione o campo d’attività (art. 6 LPGGA). L’incapacità al guadagno è definita all’art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l’assicurato alle cure ed alle misure d’integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d’invalidità di cui all’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L’art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l’assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d’integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un’incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del

40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre

mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.5. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto di incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGa (cfr. art. 5 LAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità; SVR 1996 IV Nr. 76 consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso, l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. L'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, precisa a sua volta che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, Les assurances sociales en Suisse, 1995, pag. 458; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Secondo la prassi amministrativa, per il confronto si considerano soltanto attività assimilabili a quelle lucrative (come il lavoro domestico, amministrazione di patrimoni, attività benevole gratuite, ecc.). Sono quindi escluse le attività del tempo libero (N. 3082 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS, in vigore dal 2015 nel tenore in essere fino al 31 dicembre 2017). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante

un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 pag. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro. Nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2018, l'art. 27 cpv. 1 OAI prevede che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza ai familiari. Il nuovo art. 27 cpv. 2 OAI stabilisce che per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità di religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità. L'art. 27bis cpv. 3 OAI prevede che il calcolo del grado d'invalidità lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGa, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b). Per l'art. 27bis cpv. 4 OAI per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno. Con la modifica dell'Ordinanza sono state adeguate le attività nell'ambito delle mansioni consuete svolte dalle persone occupate nell'economia domestica (cfr. Leuenberger - Maro, "Changements dans la méthode mixte", in *Sécurité sociale* 1/2018 pag. 40 seg (45-46)). Le nuove norme dell'Ordinanza hanno comportato la modifica della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) la quale, valida dal 1° gennaio 2015 e nella versione in vigore dal 1° gennaio 2018, ai NN. 3081 segg. spiega come deve procedere l'assistente sociale nella sua inchiesta domiciliare per calcolare il grado di invalidità in generale. Va infine rilevato che Inoltre con lettera circolare AI n. 372 l'UFAS ha rammentato che " per tutte le prime richieste di prestazioni pendenti inoltrate prima del 1° luglio 2017, il diritto alla rendita fino al 31 dicembre 2017 verrà valutato in base al vecchio modello di calcolo e poi rivalutato in base al nuovo modello di calcolo con effetto dal 1° gennaio 2018 ." In concreto la richiesta di prestazioni è del dicembre 2016 e nessuna decisione formale dell'Ufficio AI relativa a tale richiesta è finora cresciuta in giudicato. Occorre pertanto applicare il vecchio diritto per il calcolo delle prestazioni da agosto 2017 fino al 31 dicembre 2017, mentre le nuove norme vanno applicate per il periodo dal 1° gennaio 2018 (per dei casi in cui questo Tribunale ha già proceduto in questo senso vedi la STCA 32. 2018.56 del 25 febbraio 2019, 32.2018.29 del 7 febbraio 2019 e 32.2018.42

dell'8 ottobre 2018). 2.6. Nel caso in cui, invece, l'assicurato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo l'art. 28a cpv. 2 LAI. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Pladoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGa, secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da "persona con attività lavorativa a tempo pieno" a "persona con attività lavorativa a tempo parziale") che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGa, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o di una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 del 8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 8C_633/2015 del 12 febbraio 2016 consid. 4.3). Infine, va fatto presente che l'art. 27 bis OAI, nella versione in vigore dal 1. gennaio 2022, regola la valutazione del grado d'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale: " 1 Per valutare il grado d'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale si sommano i seguenti gradi d'invalidità: a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa; b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete. 2 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa: a. il reddito senza invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento; b. il reddito con invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento e adeguato alla capacità funzionale determinante; c. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido. 3 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete: a. viene determinata la

quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla situazione senza invalidità; b. la quota di cui alla lettera a viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 2 lettera c e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno." 2.7. In concreto l'Ufficio AI, come accennato, dopo aver sottoposto la nuova documentazione medica al vaglio del medico SMR, il quale ha ritenuto " necessario un approfondimento peritale psichiatrico (si segnala che il legale fa anche riferimento al m. di Crohn come patologia con ripercussioni sulla CL) volto a determinare l'evoluzione della CL dell'assicurata a partire dall'ultima decisione AI cresciuta in giudicato ", con la risposta di causa ha invitato questa Corte a retrocedergli gli atti per procedere in tal senso. Con osservazioni 22 aprile 2024 la ricorrente, oltre a convenire con la richiesta di retrocessione degli atti formulata dall'Ufficio AI, ha precisato che i prospettati accertamenti medici dovrebbero includere, oltre ad un esame peritale psichiatrico, anche una valutazione " delle altre patologie risultanti dagli atti, come peraltro suggerito dallo stesso SMR " e che nell'ambito della nuova valutazione della capacità lavorativa dovrebbe essere considerata quale salariata a tempo pieno. Ha inoltre osservato come a suo avviso la documentazione agli atti permetterebbe già l'emanazione di un giudizio in merito alla sua capacità lavorativa, rimettendosi a tal riguardo al giudizio di questo Tribunale. Tali osservazioni non sono state oggetto di contestazione da parte dell'Ufficio AI il quale è rimasto silente. Valutata la documentazione all'inserto, questo Giudice non ravvisa alcun motivo per non accogliere il gravame secondo la proposta formulata nella risposta di causa dall'Ufficio AI e, di principio, condivisa dalla ricorrente. In effetti, considerato il potenziale peggioramento dello stato valetudinario dell'insorgente a fronte della refertazione medica prodotta con il ricorso (cfr. supra consid. 1.2.), un approfondimento nel senso descritto dal medico SMR risulta necessario, onde addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sull'evoluzione della capacità lavorativa dell'assicurata. In particolare, per quanto attiene alla patologia psichiatrica, la documentazione agli atti appare lacunosa e anche la certificazione della psichiatra curante dr.ssa med. _____ prodotta con il ricorso, la quale descrive un peggioramento dello stato psicopatologico dell'assicurata, non è esaustiva. La stessa, così come del resto le altre refertazioni agli atti (compresa la refertazione 31 gennaio 2020 del medico fiduciario della _____ dr.ssa med. _____ [cfr. doc. 204 incarto IG] cui fa riferimento l'insorgente, la quale risale inoltre ad oltre quattro anni fa sicché, ritenuta la recente evoluzione del quadro psicopatologico dell'insorgente, non risulta più attuale), non si esprime con sufficiente chiarezza sul grado di inabilità lavorativa e sull'evoluzione della stessa nel tempo e del resto neppure chiaramente sui motivi della certificata inabilità lavorativa ed è quindi bisognosa di ulteriore approfondimento. Non è peraltro superfluo sottolineare che 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 p. 109 consid. 3a)cc). In merito alle affezioni somatiche, già nel rapporto medico 9 marzo 2020 (doc. 104 incarto AI) il dr. med. _____ aveva indicato il morbo di Crohn, diagnosticato nel 2010, quale patologia con ripercussioni sulla capacità lavorativa, così come successivamente riportato nel rapporto 29 ottobre 2023 anche dalla dr.ssa med. _____ (doc. 134 incarto AI). Con annotazione 8 aprile 2024 il medico SMR, oltre ad indicare la necessità di un approfondimento peritale psichiatrico, soggiunge: " si segnala che il legale fa anche riferimento al m. di Crohn come patologia con ripercussioni sulla CL

” Già questi elementi risultano sufficienti, giacché mai oggetto di approfondimenti da parte dell’Ufficio AI, ad imporre un accertamento peritale gastroenterologico volto a determinare le ripercussioni di tale patologia sulla capacità lavorativa dell’assicurata. Parimenti dovrà essere approfondita la situazione della colonna lombare così come richiesto dall’insorgente e non contestato dall’Ufficio AI. In particolare emerge dagli atti come l’assicurata lamenti importanti lombalgie nel contesto di una discopatia di vecchia data (cfr. a tal riguardo referto peritale dr.ssa med. _____ del 31 gennaio 2020 di cui al doc.204 incarto AI e referto RM dr. med. _____ 17 luglio 2018, pp. 429-430 incarto AI) la quale non è mai stata oggetto di approfondimento da parte dell’amministrazione e che tale patologia, secondo le asserzioni dell’insorgente rimaste incontestate, può ripercuotersi sull’accertamento della capacità lavorativa. Si rende pertanto necessario anche un accertamento peritale in ambito reumatologico. Per quanto riguarda inoltre la ripartizione fra attività salariata e casalinga, quanto sostenuto dall’insorgente - ovvero che vista l’età della figlia, nata nel 1999, oggi avrebbe esercitato un’attività lucrativa a tempo pieno e non all’80% come ritenuto dall’amministrazione, cfr. supra consid. 1.2. - non permette di determinarsi con certezza non essendosi l’Ufficio AI chinato su quanto addotto con il ricorso. Anche tale aspetto necessita quindi un approfondimento. In STF 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale 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. 2011.107 del 27 ottobre 2011), 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 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto, considerato come questo Giudice ritiene giustificato e opportuno, a fronte delle argomentazioni di cui sopra, un approfondimento di tutti gli aspetti controversi, si giustifica il rinvio degli atti affinché l’amministrazione proceda ad una valutazione medica ed economica come sopra indicato, in esito alla quale dovrà essere emessa, nel rispetto dei dettami dell’art. 57 a LAI, una nuova decisione soggetta a ricorso nel cui ambito l’assicurata potrà far valere rispettivamente riproporre ogni (pertinente) censura di fatto e di diritto. 2.8. Secondo l’art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell’art. 83 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 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria, cfr. STF 8C_307/2021 del 25 agosto 2021 consid. 6; DTF 141 V 281 consid. 11.1 e 137 V 210 consid. 7.1 con riferimenti) le spese di fr. 500 sono poste a carico dell’Ufficio AI, il quale verserà alla ricorrente, patrocinata in causa da un avvocato, fr. 2'000 di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa).

L'assegnazione di ripetibili rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (cfr. pro multis DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5 e 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

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