

TI_GERICHTE 32.2025.12 vom 16. Dezember 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-12-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.12

FR: TI_GERICHTE 32.2025.12 du 16 décembre 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2025.12 del 16 dicembre 2024

Regeste

Ricorso (accolto) contro la decisione di rifiuto di prestazioni: necessaria una perizia di decorso, non potendosi escludere un peggioramento clinico tra la valutazione peritale e l'emanazione della decisione impugnata. Mandato conferibile ai precedenti periti

Erwägungen

E. 20

02.08.2022-continua

* incidenza sul rendimento; prognosi lavorativa stazionaria.

nel merito

E. 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, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, 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%. Con il nuovo art. 28b LAI (in vigore dal 1. gennaio 2022) il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). 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. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere 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 (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei

diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). Nella STF 8C_104/2024 del 22 ottobre 2024 l'Alta Corte ha modificato la prassi vigente per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di obesità (forte sovrappeso). Secondo la vecchia giurisprudenza – basata sul convincimento che l'obesità potesse essere superata con la sola forza di volontà – il diritto ad una rendita d'invalidità era di principio escluso se l'obesità era trattabile, a meno che l'obesità fosse causa di seri danni alla salute o se insorgeva quale loro conseguenza. Con la recente pronuncia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per considerare l'obesità in modo diverso dalle altre affezioni e che il solo fatto che essa possa in linea di principio essere trattata non esclude il diritto ad una rendita. Conseguentemente, la Massima Istanza ha sancito che anche l'accertamento del diritto ad una rendita in caso di obesità va effettuato tenuto conto del singolo caso e nel quadro di una procedura probatoria strutturata che determini in che misura l'affezione influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di ridurre il danno (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 2024). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. 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. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi 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) 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 ancora evidenziato 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 pag. 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 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurata l'Ufficio AI ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, reumatologico, psichiatrico e neurologico, le cui conclusioni – confermate nei relativi complementi – sono state fatte proprie dal medico SMR (cfr. supra consid. 1.2. e 1.4.). Con il ricorso la ricorrente ha contestato la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, sostenendo di essere inabile al lavoro in misura completa ed in ogni attività, prevalendosi in tal senso delle attestazioni dei curanti prodotte con il gravame e nell'ambito della procedura amministrativa (cfr. supra consid. 1.5. in fine). Nelle more della procedura l'insorgente ha ribadito la domanda di causa formulata in via principale, declinando la proposta dell'Ufficio AI di rinvio atti per un approfondimento medico in ambito reumatologico e psichiatrico e producendo ulteriore refertazione medica (cfr. supra consid. 1.6. e 1.9.). Questo Giudice, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione di rifiuto di prestazioni, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può concordare con le conclusioni dell'Ufficio AI rese nella decisione impugnata, ma ritiene indispensabile che, onde

addivenire ad un affidabile giudizio sul diritto a prestazione dell'assicurata, vengano preliminarmente esperiti (ulteriori) approfondimenti medico-specialistici (almeno) in ambito reumatologico e psichiatrico, come da richiesta formulata dall'amministrazione con la risposta di causa. Questo per i motivi che seguono.

2.6.1. Prendendo posizione sul rapporto del 21 novembre 2024 della Clinica universitaria _____ (cfr. supra consid. 1.4.), sul rapporto medico del 5 dicembre 2024 del curante dr. _____ (specialista in reumatologia) (I, allegato E) e sul rapporto del 3 febbraio 2025 del curante dr. _____ (specialista in chirurgia della mano, chirurgia ortopedica e traumatologica) (I, allegato D), il dr. _____ ha concluso che “ Le informazioni mediche ora giunte sono ambigue per cui bisognerà eventualmente prevedere una rivalutazione peritale reumatologica a distanza di 1 ½ anno dalla precedente ”. A mente di questo Giudice quanto asserito dal perito reumatologo è da intendere nel senso che in ragione del tempo trascorso tra la valutazione peritale svoltasi a settembre 2023 (doc. 106, pagg. 380 e 450 incarto AI) e l'emanazione della decisione di rifiuto di prestazioni del 16 dicembre 2024 (cfr. supra consid. 1.4.) e considerata l'asserita ambiguità della documentazione valutata a marzo 2025 (ossia ad un anno e mezzo dalla perizia), egli non può (ancora) escludere che nel tempo trascorso tra la perizia e l'emanazione della decisione impugnata la situazione valetudinaria dell'assicurata si sia modificata, ciò che impone una rivalutazione peritale ad un anno e mezzo di distanza dalla precedente. È quindi parzialmente fuorviante il tenore della risposta di causa e dell'annotazione del medico SMR del 26 marzo 2025 allegata alla presa di posizione del dr. _____ (VIII, p.to 3. e allegato 3) che indicano la necessità di una “ valutazione peritale di decorso ”: si tratta, come poc'anzi accertato, di verificare se sotto il profilo reumatologico nell'intervallo critico vi sia stata una modificazione dello stato valetudinario fino alla decisione impugnata, quest'ultima delimitando il potere cognitivo di questo Giudice. Per quanto concerne l'ambito psichiatrico, si rileva che è stato il medico SMR, dopo aver esaminato il ricorso, ad avere ritenuto opportuno un (ulteriore) approfondimento in tal senso (cfr. VIII, allegato 3), l'amministrazione non avendo inoltrato alla perita psichiatra le contestazioni formulate con il ricorso relative alla perizia psichiatrica (cfr. I, p.to 10.). Occorre dunque una presa di posizione esaustiva da parte degli specialisti esterni indipendenti sulla documentazione medica prodotta dall'insorgente con il gravame, oltre che su quella prodotta nelle more della procedura. Per quanto attiene alle discipline e i periti da coinvolgere nell'accertamento peritale, trattandosi della scelta dei metodi di accertamento, i periti godono di un ampio margine d'apprezzamento anche per la scelta delle discipline interessate. Di conseguenza, rientra nel potere discrezionale del perito coinvolgere ulteriori specialisti oppure rinunciarvi (STF 9C_753/2015 del 20 aprile 2016 consid. 3.3. con riferimenti e STCA 32.2018.34 del 20 aprile 2018 consid. 2.7.), conformemente all'art. 44 LPGGA (sul tema cfr. Séchaud, Expertises en assurances: point de situation, in: plaidoyer 2/2022, pag. 29, 30 e 32; cfr. anche STCA 32.2022.41 del 17 ottobre 2022 consid. 2.7.2.). Tutto bene considerato, pur ricordando che in caso di lite la valenza probatoria dei referti dei medici curanti, ancorché specialisti, è relativa (cfr. supra consid. 2.6.), accertato come lo stesso perito reumatologo ed il medico SMR hanno ritenuto necessario un approfondimento medico in ambito reumatologico rispettivamente psichiatrico alla luce del tempo trascorso dalla perizia del 2023 e della documentazione prodotta con il gravame, questo Giudice ritiene imprescindibile procedere con gli approfondimenti medici prospettati prima di potersi determinare in merito all'eventuale diritto a prestazioni.

2.6.2. La ricorrente contesta l'eventuale conferimento del mandato per la perizia di decorso ai medesimi specialisti coinvolti nella precedente procedura (“ Qualora

gli atti dovessero tornare all'Ufficio AI per una rivalutazione, è necessario [...] che tale rivalutazione sia affidata a medici diversi rispetto al dr. _____ e al dr. _____", XII, p.to 3.2). A torto. A questo proposito, questo Giudice può far integralmente propria la presa di posizione dell'Ufficio AI (XVI, p.to 5.): " In merito alla richiesta finale di controparte di affidare l'esame peritale ad altri periti (che non siano il Dr. med. _____ e il Dr. med. _____) va detto che la perizia pluridisciplinare di decorso può essere attribuita al medesimo centro peritale nei successivi tre anni senza violazione dell'art. 72 bis OAI. In base all'art. 44 cpv. 2 e 3 LPGA l'AI accorda all'assicurato 10 giorni dall'invio della comunicazione dell'attuazione della perizia con i nomi dei periti per formulare motivi di ricusazione. Giova rilevare, comunque, che a più riprese l'Alta Corte ha precisato che appare giustificato e che può, anzi, accrescere il valore risolutivo di una perizia di decorso il fatto che l'evoluzione dello stato di salute intervenuto nel frattempo venga accertata e valutata dagli stessi medici che si erano già in precedenza confrontati con la fattispecie (in proposito si rinvia alla STF 9C_1032/2010 del 1. settembre 2011 confermata in STF 9C_434/2014 del 18 giugno 2014 al consid. 2.2.2). ". In tema vedasi anche STCA 32.2022.11 del 16 maggio 2022 consid. 2.3. e seg. 2.7. Per quanto attiene alla valutazione economica dell'Ufficio AI, anch'essa contestata dalla ricorrente che non si ritiene reintegrabile nel circuito lavorativo (cfr. supra consid. 1.5.), la stessa appare prematura, visto che la capacità lavorativa dell'assicurata ed i suoi limiti funzionali devono ancora essere compiutamente acclarati. 2.8. Visto tutto quanto precede, gli atti vanno retrocessi all'Ufficio AI affinché proceda con i necessari approfondimenti. Infatti, 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). In concreto, rilevato che per le ragioni già esposte l'istruttoria amministrativa risulta carente, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda agli approfondimenti necessari, in esito ai quali l'Ufficio AI emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata. Quanto precede rende superflua la questione a sapere se, come sostenuto dall'insorgente (cfr. supra consid. 1.4. in fine e 1.5.; I, p.ti 11.-16.), l'amministrazione sia incorsa in una violazione del diritto di essere sentito, avendo emanato la decisione impugnata senza attendere una risposta esaustiva ai quesiti di cui allo scritto del 25 ottobre 2024. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (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), ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (pro multis DTF 124 V 301 consid. 6. e STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5.).

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