

BVGer C-2813/2019 vom 18. August 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-08-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2813_2019

FR: TAF C-2813/2019 du 18 août 2020

IT: TAF C-2813/2019 del 18 agosto 2020

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

E. 2

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le

censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (sentenza del TAF C-3146/2015 dell'11 maggio 2018 consid. 4 con rinvii).

E. 3.1

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, essendo contestata la soppressione del diritto alla rendita a far tempo dal 1° gennaio 2019, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

E. 3.2

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 5.1

A titolo preliminare la ricorrente ha contestato la violazione del diritto di essere sentita, consistente nella scarsa motivazione della decisione (già carente nel progetto di decisione) e nell'impossibilità di visionare gli atti medici determinanti prima dell'emissione della decisione impugnata.

E. 5.2.1

Il diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., garantisce all'interessato il diritto di esprimersi prima che sia resa una decisione sfavorevole nei suoi confronti, il diritto di prendere visione dell'incarto, la facoltà di offrire mezzi di prova su fatti suscettibili di influire sul giudizio, di esigerne l'assunzione, di partecipare alla loro assunzione e di potersi esprimere sulle relative risultanze, nella misura in cui esse possano influire sulla decisione (DTF 135 II 286 consid. 5.1 con rinvii; 122 V 157 consid. 1a; sentenze del TF 4A_35/2010 del 19 maggio 2010 e 8C_321/2009 del 9 settembre 2009).

E. 5.2.2

Il diritto di essere sentito è previsto, nella procedura amministrativa federale, agli art. 26-28 PA (diritto di esaminare gli atti), agli art. 29-33 PA (diritto di essere sentito stricto sensu). In materia di assicurazioni sociali, all'art. 42 LPGa (diritto di essere sentito stricto sensu) e, infine, per quanto riguarda la procedura di preavviso, all'art. 57a cpv. 1 LAI il quale stabilisce che l'Ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o la riduzione della prestazione già assegnata, l'assicurato ha diritto di essere sentito conformemente all'art. 42 LPGa.

E. 5.2.3

Detto diritto, così come quello di consultare gli atti (DTF 132 V 387 consid. 5.2), è una garanzia di natura formale, la cui violazione implica, di principio, l'annullamento della decisione, indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 134 V 97; 132 V 387 consid. 5.1 con rinvii). Restano tuttavia riservati nella prassi i casi in cui la violazione è leggera e può essere sanata dinanzi ad un'autorità che dispone di pieno potere d'esame e meglio che può esaminare la decisione sia da un punto di vista del diritto che dei fatti. Il rinvio degli atti all'autorità inferiore, affinché questa proceda a sanare la violazione del diritto di essere sentito, avviene quindi quando si è in presenza di una grave violazione della garanzia procedurale. È tuttavia possibile prescindere da un rinvio se l'operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse della parte - di pari rango del diritto di essere sentito - di essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1). La censura va quindi esaminata prioritariamente dall'autorità di ricorso (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 I 49 consid. 1).

E. 5.3.1

Nella procedura di opposizione, che in materia d'invalidità è stata sostituita dalla procedura d'audizione, di cui all' art. 57a LAI, l'amministrazione deve sottoporre all'interessato il rapporto del medico del SMR. In caso contrario incorre in una violazione del diritto di essere sentito (sentenze del TF 8C_424/2008 del 16 settembre 2008 consid. 2.2; 8C_102/2007 del 25 ottobre 2007 consid. 3.2; I 211/06 del 22 febbraio 2007 consid. 5.4.2).

E. 5.3.2

Se un atto è, senza alcun dubbio, un elemento fondamentale per la pronuncia della decisione su opposizione, la mancata trasmissione, prima dell'emanazione della decisione su

opposizione e quindi anche precedentemente alla pronuncia della decisione emanata nell'ambito della procedura di audizione in materia di assicurazione invalidità, costituisce una grave violazione del diritto di essere sentito, che non può essere sanata (cfr. in questo senso DTF 132 V 387 consid. 5.2). Se, infine, è vero che una parte deve, di principio, formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti (art. 8 cpv. 1 LPG), è pur vero che ciò presuppone che essa venga informata sull'assunzione di nuovi atti decisivi, che non conosce e nemmeno può conoscere (DTF 132 V 387 consid. 6.2).

E. 5.3.3

Il diritto di accesso agli atti dell'incarto (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2) - ovvero di consultare elementi probatori - presuppone unicamente che le parti siano a conoscenza delle prove prodotte e che le stesse siano a disposizione di coloro che le richiedono (cfr. DTF 128 V 272 consid. 5b/bb in fine e DTF 112 Ia 202 consid. 2a.). Detta garanzia non comprende il diritto di consultare tutto l'incarto, bensì unicamente gli atti che posso avere un'incidenza sull'esito della procedura. Giusta l'art. 26 PA - che riprende essenzialmente i principi giurisprudenziali (cfr. Moor/Poltier, op. cit., no. 2.2.7.6, pag. 327) - la parte o il suo rappresentante ha il diritto di esaminare alla sede dell'autorità statuyente o d'una autorità cantonale, designata da questa, le memorie delle parti o le osservazioni delle autorità (lett. a), tutti gli atti adoperati come mezzi di prova (lett. b), le copie delle decisioni notificate (lett. c). Secondo tale norma, il diritto di consultare gli atti si estende a tutti gli atti rilevanti per l'esito della procedura, ovvero tutti gli atti che l'autorità prende in considerazione per motivare la propria decisione (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2, DTF 121 I 225 consid. 2a e DTF 119 Ia 139 consid. 2b).

E. 5.3.4

Va pure evidenziato che giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPG le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Dal diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. deriva infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

E. 5.4.1

Nel caso in esame dagli atti emerge che la documentazione medica su cui si è fondato l'UAIE per l'emanazione del progetto di decisione del 25 febbraio 2019 (doc. 44), in particolare il rapporto finale SMR del 23 gennaio 2019 (doc. 36) e l'annotazione SMR del 19 febbraio 2019 (doc. 41), sono stati trasmessi alla ricorrente nell'ambito della procedura di audizione (doc. 47-48). Per il tramite della propria rappresentante, l'8 aprile 2019 l'assicurata ha formulato le proprie osservazioni, trasmettendo ulteriore documentazione medica (doc. 52). Il 16 aprile 2019 l'amministrazione ha quindi comunicato all'interessata che il SMR, visionati i nuovi atti medici, si è riconfermato nella propria posizione (doc. 55-56). Dal canto suo l'insorgente si è limitata a produrre il 23 e il 29 aprile 2019 prima dell'emanazione della decisione impugnata due ulteriori referti medici (doc. 58, 64). In

simili circostanze, vista la giurisprudenza suesposta e conto tenuto del comportamento delle parti appena descritto, non si ravvede alcuna violazione del diritto di essere sentito. A maggior ragione considerato che, nell'ambito della presente vertenza, la ricorrente avrebbe comunque potuto accedere a tutti quegli atti che essa non aveva eventualmente ancora visionato (si pensi ad esempio alle annotazioni SMR del 15 e del 30 aprile 2019 [doc. 55 e 61]), senza patire alcun pregiudizio.

E. 5.4.2

A proposito dell'addotta - scarsa - motivazione della decisione va rilevato che, alla luce di quanto esposto sopra, la censura della ricorrente non è del tutto mal riposta, ritenuto che nella decisione impugnata l'amministrazione si limita a fare un riferimento generico agli atti medici, senza specificare né quali, né il loro contenuto. Per ragioni di economia di giudizio e nell'interesse dell'assicurata, visto l'esito della vertenza, la questione tuttavia se vi è, in quest'ultima ipotesi, una violazione del diritto di essere sentito rispettivamente se essa è stata eventualmente sanata in questa sede non dev'essere risolta. Il ricorso va infatti accolto per altri motivi, che verranno precisati nei considerandi seguenti.

E. 6

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la questione se a giusto titolo l'amministrazione ha considerato essere intervenuto a partire dal 1° gennaio 2019 un miglioramento dello stato di salute tale da precludere l'ulteriore diritto a prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

E. 6.1

A mente della ricorrente, le condizioni di salute in cui versa non sono affatto migliorate dopo il 31 dicembre 2018, come attestano i certificati di incapacità lavorativa completa rilasciati dai medici curanti, ragione per cui essa chiede, in via principale, che il diritto alla rendita intera sia riconosciuto anche dopo tale data. In via subordinata essa postula il rinvio degli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria.

E. 6.2

L'autorità inferiore, per contro, sulla scorta delle valutazioni del proprio servizio medico, che a sua volta si è fondato in larga misura sugli accertamenti condotti nell'ambito della procedura infortunistica, ha ritenuto accertato che, a partire dal 1° gennaio 2019, le conseguenze del danno alla salute non producessero più effetti invalidanti. Ha inoltre segnalato di non riscontrare dalla documentazione prodotta alcun elemento nuovo, suscettibile di modificare le proprie conclusioni.

E. 7.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e

9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

E. 7.2

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a). Se inoltre in DTF 126 V 288 il Tribunale federale (TF) ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

E. 7.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se 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 (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 7.4

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

E. 7.5

L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

E. 8.1

Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004).

E. 8.2

Secondo l'art. 17 LPGA 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. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

E. 8.3

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

E. 8.4

In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (RS 831.201; sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C_110/2014 del 13 giugno

2014).

E. 8.5

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo - ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta - esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

E. 9.1

Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti 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 quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 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 (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

E. 9.2

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, 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, 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 tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

E. 9.3

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assume a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati

sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 9.4

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 9.5

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10.1

Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 10.2

Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti 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 quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

E. 10.3

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

E. 10.4

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, 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, 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. De-terminante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

E. 10.5

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 11

Nel caso concreto, con domanda di prestazioni del 13 maggio 2018, l'assicurata ha fatto valere che a seguito dell'infortunio del 30 novembre 2017 alla spalla destra, permane un danno alla salute determinante un'incapacità lavorativa totale.

E. 11.1.1

Dai primi accertamenti condotti immediatamente dopo l'infortunio presso il pronto soccorso dell'G. _____ di (...) in data 30 novembre 2017, è emersa una distrazione alla regione scapolare della spalla e del braccio destro ed è stato prescritto un trattamento conservativo (doc. 2).

E. 11.1.2

Il 12 dicembre 2017 è stata eseguita un'ecografia alla spalla, dalla quale è risultato un assottigliamento del sovraspinato (doc. 2) e il 7 febbraio 2018 un esame di artro-MRI, che ha mostrato delle parziali lesioni con sfilacciamento dei legamenti gleno-omerale medio e superiore e lesioni di tipo SLAP II del labbro glenoideo antero-superiore (doc. 105).

E. 11.1.3

Sulla base dei suddetti esami strumentali e degli esami clinici del 13 dicembre 2017 (doc. 104), del 28 febbraio 2018 (doc. 106) e del 28 marzo 2018 (doc. 107) il dott. D. _____, ortopedico, che ha seguito il decorso, prescrivendo di volta in volta la protrazione di ulteriori trenta giorni dell'inabilità lavorativa, ha posto la diagnosi di lesione parziale articolare del sovraspinato di minime dimensioni, lesione SLAP di tipo 2 e lesione della pulley del CLB. A seguito dell'ultima visita di controllo, preso atto della persistenza di dolore nelle sollecitazioni della spalla nelle comuni attività di casalinga, lo specialista ha

consigliato di procedere mediante intervento chirurgico artroscopico di tenotomia/tenodesi del CLB e riparazione della cuffia dei rotatori, rimettendosi in tal senso alla disponibilità dell'assicurata (doc. 107).

E. 11.1.4

La ricorrente è stata quindi visitata il 2 e il 29 maggio 2018 dal dott. H. _____, specialista in chirurgia ortopedica (doc. 109 e 112), che, sulla base dell'esame clinico e degli accertamenti strumentali, ha confermato la diagnosi di lesione SLAP di tipo II e di lesione parziale preinserzionale del sovraspinoso, riscontrando una mobilità e una motilità dell'arto nella norma, pur con persistenti algie e difficoltà nei movimenti sopra la testa. Ha quindi invitato l'assicurata a sottoporsi a un ciclo di infiltrazioni volto ad aiutare la cicatrizzazione della lesione prima di valutare l'eventuale opzione chirurgica suggerita dal dott. D. _____. Al contempo ha protratto ulteriormente l'inabilità lavorativa fino al 5 luglio 2018 (doc. 108, 110, 111).

E. 11.2

In data 8 giugno 2018, su incarico dell'assicuratore LAINF, il dott. E. _____ ha visitato una prima volta l'assicurata, constatando una mobilizzazione passiva senza limitazione della spalla destra, normale trofismo e forza muscolare paragonabile alla controlaterale sotto l'orizzontale. Ha preso atto del trattamento conservativo osservato fino al momento della visita e dell'indicazione di presa a carico chirurgica ventilata dai medici curanti in caso di mancato miglioramento. A fronte della limitata lesione inserzionale del sovraspinato di grado I, ha quindi ritenuto giustificato protrarre il "periodo conservativo" ancora per 3 mesi prima di decidere riguardo ad un eventuale intervento su di una paziente, a suo dire, comunque in ottime condizioni sia generali che del trofismo muscolare agli arti superiori. Pur riservandosi di valutare l'evoluzione futura ha ritenuto proponibile a partire dal 1° luglio 2018 una ripresa lavorativa almeno parziale del 50% dell'attività abituale svolta al 50%, evitando mansioni pesanti e ripetitive oltre l'orizzontale (doc. 115).

E. 11.3.1

Riguardo alla ripresa lavorativa, hanno espresso un'opinione contraria i medici curanti - in particolare il dott. I. _____, medico chirurgo (doc. 121-123) e il dott. L. _____, medico generalista dal quale l'assicurata è stata inviata dal dott. H. _____ per svolgere il trattamento infiltrativo, quale ultimo tentativo prima di un eventuale intervento chirurgico (doc. 119) - che hanno protratto l'incapacità totale fino alla fine di dicembre 2018 (doc. 129, 132, 134).

E. 11.3.2

Nel frattempo, il 1° agosto 2018 l'assicurata si è sottoposta ad un esame di RX cervicale, dal quale è emersa una netta riduzione dello spazio C6-C7 con accentuata sclerosi delle limitanti contrapposte e presenza di becchi osteofitosici marginali, delle alterazioni spondilartrosiche generalizzate e la presenza di artrosi interapofisarie a carico dei metameri distali (doc. 124).

E. 11.3.3

Le infiltrazioni a base di plasma autologo condizionato eseguite il 24 agosto, il 31 agosto e il 7 settembre 2018, hanno condotto, a mente del dott. L. _____, a un oggettivo miglioramento dei dolori e della forza ai test per il sovraspinato, pur avendo quest'ultimo riscontrato la probabile insorgenza di una capsulite, con moderata riduzione della rotazione

esterna e della flessione, con importanti dolori ai gradi finali dell'arco di movimento (doc. 130). Per tentare di agire sulla componente infiammatoria, è stata quindi eseguita l'11 ottobre 2018 un'ulteriore infiltrazione con un corticosteroide cristallino e anestetico locale, che ha portato un notevole beneficio benché limitato ai soli giorni successivi, essendovi stata una parziale recrudescenza dei dolori, mantenutisi tuttavia ben al di sotto del livello iniziale (doc. 131).

E. 11.4

È quindi seguita la seconda visita peritale da parte del dott. E. _____, che, nel rapporto del 7 novembre 2018 (doc. 133), ha posto la diagnosi, da un punto di vista infortunistico, di: "trauma distrattivo della spalla destra dominante riportando la lesione della cuffia rotatoria con lesione di grado I del sovraspinato e SLAP II, favorevole trattamento conservativo con infiltrazioni di PRP non escludendo una presa a carico chirurgica in futuro;" e la diagnosi non infortunistica di: "Spondilartrosi cervicale con netta riduzione dello spazio C6-C7". Il dott. E. _____ ha precisato che i problemi alla salute attualmente riscontrabili sono in nesso causale preponderante con l'evento infortunistico del 30 novembre 2017 non essendovi alcun fattore estraneo influenzante i postumi ancora presenti. Egli ha quindi indicato che, alla luce del decorso clinico e "dell'attuale esame funzionale in infiltrazione a pochi giorni orsono", potesse ragionevolmente essere riconosciuto il raggiungimento dello stato finale per il 31 dicembre 2018. Dopo tale data, infatti, è stato ritenuto non sussistere alcuna possibilità di miglioramento ulteriore della funzionalità dell'arto. A partire dal 1° gennaio 2019, come convenuto con il dott. L. _____, il dott. E. _____ ha quindi proposto la ripresa lavorativa totale nell'attività abituale, sebbene con una riduzione di circa il 20% (su un pensum del 100%) a causa degli impedimenti riscontrati in alcune mansioni. Dalla stessa data l'assicurata è stata reputata interamente abile nello svolgimento di un'attività sostitutiva adeguata allo stato di salute (senza necessità di portare, sollevare, spostare pesi superiori ai 5 kg oltre l'orizzontale, specialmente se ripetutamente).

E. 11.5.1

Il 27 dicembre 2018 il dott. I. _____ ha suggerito all'assicurata di sottoporsi a una visita fisiatrica, prolungando ulteriormente l'incapacità lavorativa (doc. 136, 137).

E. 11.5.2

L'interessata si è quindi rivolta al dott. M. _____ specialista in fisiatria e medicina manuale, che con rapporto del 18 gennaio 2019, pur suggerendo nell'immediato un ciclo di kinesiterapia per il recupero funzionale, alla luce dei tentativi infruttuosi di trattamento conservativo ha consigliato all'assicurata di sottoporsi a un intervento di stabilizzazione della spalla destra (doc. 139).

E. 11.6.1

Con rapporto finale SMR del 23 gennaio 2019 (doc. 36), il dott. F. _____ ha individuato le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: Moderata artropatia degenerativa acromion-clavicolare; Lieve borsite acromiale sottodeltoidea; Parziali lesioni con sfilacciamento dei legamenti gleno-omerali medio e superiore e lesione SLAP II del labbro glenoideo antero-superiore. Ribadendo quanto già sostenuto nell'annotazione del 5 ottobre 2018 (doc. 30), il dott. F. _____ ha riferito sussistere un danno di base non importante né sul piano anatomico né sul piano funzionale. Egli ha infatti constatato che, pur lamentando una sintomatologia algica persistente, l'assicurata non presentava alcun deficit di movimento, né alterazioni del trofismo muscolare. Sulla base di tali premesse, il

medico SMR non ha ritenuto essere indicata una soluzione chirurgica dei sintomi. In assenza di complicanze future non prevedibili al momento della valutazione medico-teorica, il dott. F. _____ ha quindi concluso che l'assicurata fosse senz'altro in grado di riprendere a svolgere, in misura completa e senza alcuna limitazione, la sua attività abituale di ausiliaria di pulizie a partire dal 1° gennaio 2019. Dalla stessa data è stata ritenuta parimenti abile a svolgere qualsiasi altra attività, come pure le mansioni casalinghe.

E. 11.6.2

Invitato dall'amministrazione a spiegare il motivo per cui si è discostato dalle conclusioni del dott. E. _____ in punto all'abilità lavorativa, con annotazione SMR del 19 febbraio 2019 (doc. 41) il dott. F. _____ ha chiarito che la differente valutazione va ricercata nella storia clinica e nella diagnosi dell'assicurata (danno di base non importante e assenza di deficit di movimento o alterazioni del trofismo muscolare). Si è inoltre opposto all'opzione chirurgica suggerita dal dott. M. _____, non avendo quest'ultimo posto alcuna nuova diagnosi codificata secondo ICD-10, né oggettivato alcun nuovo danno in precedenza non considerato.

E. 11.7.1

Sono seguiti i rapporti del dott. M. _____ relativi alle visite del 1° febbraio (doc. 143) del 21 febbraio (doc. 146) e del 18 marzo 2019 (doc. 147). In occasione della prima visita, il medico ha riferito di un lieve ma graduale miglioramento della sintomatologia algica alla spalla destra, pur permanendo affaticabilità e disfunzione nei movimenti overhead (doc. 143). In occasione della seconda visita, pur confermando il miglioramento in atto, ha riscontrato la persistenza di dolore, a volte trafittivo o molto intenso in determinati movimenti o nel sollevare o trasportare oggetti pesanti (doc. 146). In occasione della terza visita, il dott. M. _____ ha segnalato un miglioramento minimo e constatato un successo solo parziale del trattamento fisioterapico in atto, ragione per cui ha ritenuto indispensabile accelerare i tempi e procedere con l'intervento di riparazione chirurgica proposto dal dott. H. _____, al quale ha chiesto di convocare l'assicurata per discutere delle modalità del ricovero (doc. 147). L'incapacità lavorativa ha continuato ad essere protratta dal dott. M. _____ fino al 18 aprile 2019 (cfr. 143, 146, 147).

E. 11.7.2

Il 10 aprile 2019 è stato inoltre svolto un nuovo esame artro-MRI alla spalla destra che ha confermato i reperti della precedente indagine artro-MRI, in particolare la lieve borsite subacromion deltoidea, la tendinopatia degenerativa del sovraspinato con piccola lesione grado I e la lesioni da sfilacciamento dei legamenti gleno-omeroale medio a superiore e la lesione SLAP II da ore 1100 a ore 1500 (doc. 149).

E. 11.7.3

Con rapporto del 18 aprile 2019 il dott. H. _____, preso atto del fatto che il trattamento, seppur prolungato per oltre un anno, non ha apportato i benefici sperati e che l'artro-MRI alla spalla destra ha confermato la presenza invariata della SLAC lesion, ossia della SLAP lesion di tipo 2 della rottura parziale del sovraspinoso, ha nuovamente consigliato l'intervento per via artroscopica di riparazione della SLAC lesion. Riguardo al decorso post operatorio, ha previsto tre settimane di immobilizzazione e circa tre mesi di rieducazione (doc. 153). In vista dell'intervento, l'incapacità lavorativa è stata prolungata fino all'8 giugno 2019 (doc. 152, 154).

E. 11.8

Nel frattempo i referti del dott. M._____, del dott. H._____ e l'esame artro-MRI alla spalla destra sono stati sottoposti al SMR.

E. 11.8.1

Nell'annotazione SMR del 15 aprile 2019 (doc. 55), il dott. F._____ ha confermato che l'assicurata presenta delle "condizioni assolutamente blande che fino a questo momento non sono state ritenute in ambito specialistico suscettibili di riparazione e ricostruzione artroscopica". Egli ha poi spiegato nel dettaglio la tipologia di lesioni SLAP e la classificazione di lesioni alla spalla, concludendo che le lesioni parziali - come quella di cui l'assicurata soffre - nella maggior parte dei casi non necessitano di riparazione. Ha quindi concluso respingendo le valutazioni del dott. I._____ e del dott. M._____, riguardo all'abilità lavorativa e al modo di procedere, ritenendole non circostanziate, né oggettivate sul piano clinico-strumentale, quindi non giustificate dal punto di vista medico.

E. 11.8.2

Nell'annotazione SMR del 30 aprile 2019 (doc. 61), esprimendosi in relazione al rapporto del dott. H._____, il dott. F._____ ha sottolineato come quest'ultimo non abbia proposto alcuna nuova diagnosi, né alcuna nuova limitazione funzionale, riferendo di una situazione invariata della lesione nota. Egli ha inoltre sottolineato il fatto che agli atti non figura nessuna data per l'intervento chirurgico consigliato dal dott. H._____ e che le attestazioni di inabilità lavorativa non sono circostanziate da alcuna nuova diagnosi né da un esame obiettivo e/o strumentale.

E. 11.8.3

Nell'annotazione SMR del 13 maggio 2019 (doc. 67), rilasciata posteriormente alla decisione impugnata, il dott. F._____ ha preso posizione riguardo al referto dell'artro-MRI alla spalla destra del 15 aprile 2019, indicando che non vi è alcuna novità rispetto alla precedente presa di posizione nella quale si è interamente riconfermato.

E. 11.9.1

In corso di causa, oltre alla documentazione già elencata, sono stati prodotti svariati certificati del dott. I._____ e uno del dott. N._____, la cui specializzazione non è nota, attestanti il persistere dell'inabilità lavorativa totale anche dopo la decisione impugnata (cfr. doc. TAF 9, 13, 20). È stato inoltre prodotto il rapporto del 19 febbraio 2020 del dott. H._____, che a fronte del peggioramento della situazione valetudinaria ha ribadito la necessità di procedere all'intervento artroscopico di riparazione, nonché il rapporto del dott. O._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, che in buona sostanza si è limitato a ripercorrere l'anamnesi, riproponendo la diagnosi nota e ad aderire alla proposta di intervento già formulata dai medici curanti (doc. TAF 20).

E. 11.9.2

Con annotazione SMR del 6 dicembre 2019 il dott. F._____ ha ritenuto non affidabili e incomplete le valutazioni del dott. I._____, mancando delle motivazioni e degli esami fisici obiettivi suscettibili di giustificare la protrazione dell'incapacità lavorativa; ha quindi escluso la necessità di un intervento chirurgico, oltre che di nuovi accertamenti, essendo la situazione chiara (doc. TAF 15). Con annotazione SMR del 31 marzo 2020 ha infine riferito che il peggioramento dei sintomi descritto da dott. H._____ non è stato oggettivato, né spiegato; che la situazione risulta invariata, come pure la mobilità, la funzionalità e il

trofismo muscolare dell'arto; che l'esame obiettivo del dott. O._____ risulta essere blando e sovrapponibile a quello del dott. M._____; infine che l'indicazione chirurgica è esclusa (doc. TAF 23).

E. 12

Alla luce di quanto sopra esposto è pacifico e peraltro neppure contestato che a partire dal 30 novembre 2017 l'assicurata ha presentato un'inabilità lavorativa completa in qualsiasi attività lavorativa. Su tale circostanza concordano tutti i medici consultati e non vi sono agli atti elementi suscettibili di mettere in discussione tale conclusione. È pertanto a giusto titolo che l'amministrazione ha fatto decorrere il diritto a una rendita d'invalidità il 1° novembre 2018, ossia trascorso l'anno d'attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 LAI e sei mesi dalla presentazione della domanda. Inoltre fino al 31 dicembre 2018 tutti i medici interrogati, compresi i medici fiduciari degli assicuratori coinvolti, il dott. E._____ e il dott. F._____, sono concordi nel ritenere l'assicurata totalmente inabile in qualsiasi attività.

E. 13.1

Per quanto invece concerne il periodo decorrente dal 1° gennaio 2019, questo Tribunale si trova sprovvisto degli elementi fattuali necessari per poter valutare lo stato di salute dell'assicurata e l'incidenza sulla capacità lavorativa delle patologie da cui essa è affetta.

E. 13.2

Al riguardo si rileva innanzitutto che due ortopedici (dott. H._____ e dott. D._____) e un fisiatra (dott. M._____) hanno sostenuto la necessità di sottoporre l'assicurata a un intervento artroscopico di riparazione alla spalla destra. Tale indicazione è stata ribadita a più riprese nel corso del lungo decorso - da ultimo a seguito dell'esame di artro-MRI alla spalla destra del 15 aprile 2019 da parte del dott. H._____ (cfr. consid. 11.7.3) - essendo gli specialisti giunti alla conclusione che il trattamento conservativo non permetteva di raggiungere un risultato soddisfacente, dal punto di vista della sintomatologia algica come pure della funzionalità residua (movimenti e utilizzabilità degli arti sopra l'orizzontale). Alla stessa conclusione, a ben vedere, era giunto pure il dott. E._____, che nel rapporto finale del 7 novembre 2018 aveva chiaramente indicato che dal trattamento conservativo non era più possibile attendersi alcun sostanziale miglioramento dello stato di salute e che l'eventuale intervento chirurgico di riparazione, qualora si fosse deciso in tal senso, andava posto a carico dell'assicuratore LAINF (doc. 133, già nel rapporto intermedio del 15 giugno 2018, per altro, quest'ultimo si era espresso in termini possibilistici riguardo all'opzione chirurgica [doc. 115]). Tali valutazioni concordanti - alle quali hanno aderito anche gli altri medici curanti, dott. I._____ e dott. L._____, oltre che il perito di parte, dott. O._____ - sono state per contro contestate dal dott. F._____, medico generico del SMR. Quest'ultimo ha escluso la necessità di procedere mediante intervento chirurgico, sviluppando la propria valutazione sulla base della documentazione medica figurante agli atti, senza ritenere utile o necessario sottoporre l'assicurata a ulteriori accertamenti strumentali o a valutazioni specialistiche. Orbene, l'insistenza con cui gli ortopedici curanti hanno perorato la causa dell'intervento chirurgico - indipendentemente dal fatto che una data per procedere in tal senso sia stata fissata o meno - insinua dei ragionevoli dubbi riguardo all'attendibilità della valutazione del dott. F._____, che pur non disponendo di una specializzazione in ambito ortopedico, traumatologico o di malattie dell'apparato locomotore, tale opzione l'ha sempre esclusa categoricamente. Quello esposto dal dott. F._____ risulta essere un parere differente - e meno autorevole - riguardo a una

fattispecie altrimenti identica a quella esaminata dagli specialisti curanti. A fronte della valutazione contrastante del proprio medico fiduciario, su un aspetto comunque rilevante, l'autorità inferiore avrebbe quindi dovuto richiedere un parere specialistico da parte di un ortopedico del SMR (o esterno) - non figurando agli atti della procedura infortunistica alcuna valutazione peritale in tale ambito, né tantomeno essendo stata assunta agli atti della procedura che ci occupa una perizia medica particolareggiata E213. Quantomeno, come misura istruttoria minima, avrebbe dovuto sollecitare una seconda opinione da parte di un altro medico del SMR, essendo stato coinvolto nella valutazione del caso unicamente il dott. F. _____ (che dal primo rapporto del 5 ottobre 2018, all'ultimo del 31 marzo 2020 ha reiterato la medesima posizione). In relazione a quanto precede, si osserva che, se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4, nel caso in esame un rapporto interno all'INSAI). Tali dubbi, alla luce di quanto appena esposto e della documentazione prodotta dall'assicurato, sussistono nel caso in esame.

E. 13.3

In secondo luogo non pare essere stato del tutto chiarito se le patologie lamentate dall'assicurata siano di origine esclusivamente infortunistica o se ve ne siano anche di origine morbosa. Dal rapporto del dott. E. _____, risultano infatti esservi delle "diagnosi infortunistiche" e delle "diagnosi non infortunistiche", circostanza che lascia presagire l'esistenza di altre problematiche e meglio quelle riscontrate nell'ambito dell'esame RX alla colonna cervicale del 1° agosto 2018 (cfr. consid. 11.3.2). Sebbene tali problematiche, identificate dal dott. E. _____ come "spondilartrosi cervicale con netta riduzione dello spazio C6-C7", non vengano ulteriormente approfondite in ambito LAINF, non essendo in nesso causale con l'infortunio, le stesse dovrebbero quantomeno essere considerate nell'ambito della procedura AI - quand'anche le stesse non abbiano influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata. A maggior ragione considerato che proprio il dott. F. _____, nell'annotazione del 15 aprile 2019, aveva espressamente segnalato che, per una valutazione clinica completa, "devono essere indagate le altre cause di dolore riflesso della spalla: patologie cervicali, sindrome dello stretto toracico superiore, distrofia riflessa" (doc. 55). Nessuna menzione del suddetto esame radiografico, come pure della "diagnosi non infortunistica" posta dal dott. E. _____ viene tuttavia fatta nel rapporto finale SMR del 23 gennaio 2019, né tantomeno nelle successive annotazioni SMR. Già solo per questa ragione, le valutazioni esposte dal dott. F. _____ non possono dirsi complete e convincenti. Esse non sono pertanto conclusive.

E. 13.4

Oltre a ciò, va rilevato che il dott. F. _____, nonostante l'ampio riferimento agli accertamenti condotti in ambito infortunistico, si discosta dal dott. E. _____ in punto alla capacità lavorativa. Quest'ultimo, si rammenta, pur ritenendo l'assicurata abile al lavoro in misura completa a partire dal 1° gennaio 2019, riconosce una riduzione del 20% (su un grado di impiego del 100%) nell'attività abituale di aiuto domestico e di conseguenza nelle mansioni abituali di casalinga (trattandosi sostanzialmente della medesima attività). Sollecitato a spiegare la differente valutazione della capacità lavorativa residua il dott.

F._____ non ha fornito alcuna valida motivazione, né alcun elemento oggettivo che permettesse di giustificare un differente apprezzamento del caso, limitandosi a trascrivere le considerazioni già esposte nel rapporto finale SMR del 23 gennaio 2019 (cfr. consid. 11.6.2). Fondandosi sulla differente - e apparentemente ingiustificata - valutazione del rendimento dell'assicurata proposta dal dott. F._____, l'autorità inferiore ha omesso di chiarire quale fosse la residua capacità funzionale dell'assicurata e in quale attività sostitutiva avrebbe potuto mettere eventualmente a frutto al meglio la propria residua capacità lavorativa (incaricando in tal senso il proprio consulente in integrazione professionale).

E. 13.5

Da ultimo, si osserva che nella misura in cui l'assicurata avesse continuato a lavorare a tempo parziale - circostanza per nulla appurata dall'amministrazione, nonostante quest'ultima, a seguito del corso di formazione, fosse disposta a svolgere un lavoro a tempo pieno (si cfr. curriculum vitae [doc. 28]) - e conto tenuto dell'eventuale riduzione del rendimento anche nell'attività di casalinga (le cui mansioni sostanzialmente coincidono con quelle dell'attività abituale di aiuto domestico), l'amministrazione avrebbe dovuto svolgere un'adeguata indagine dell'economia domestica, onde valutare le conseguenze del danno alla salute anche in tale ambito (mediante inchiesta per le persone che si occupano dell'economia domestica).

E. 13.6

In definitiva, per tutte le ragioni che precedono, non risulta essere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a partire dal 1° gennaio 2019 l'assicurata ha beneficiato di un miglioramento dello stato di salute tale da permetterle di riprendere a svolgere la propria attività abituale, come pure le mansioni casalinghe in misura completa. Ne consegue che, su questo punto, la decisione impugnata va annullata, essendo stata pronunciata in base ad un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

E. 14.1

Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e alla luce dei nuovi accertamenti emani una nuova decisione sul grado di invalidità dell'assicurata dal 1° novembre 2018.

E. 14.2.1

A tale scopo l'autorità inferiore procederà dapprima all'assunzione di una perizia medica particolareggiata E213, dalla quale emergano nel complesso le patologie da cui è affetta l'insorgente. L'incarto sarà poi sottoposto nuovamente al servizio medico dell'amministrazione, il quale disporrà con l'Ufficio competente e l'assicurata tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso - e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute - richiede onde valutare lo stato valetudinario della spalla destra e dell'apparato motorio superiore, la sua evoluzione, così come le conseguenze delle problematiche infortunistiche ed extra-infortunistiche sulla capacità lavorativa. I referti medici figuranti agli atti dovranno essere in particolare esaminati da uno specialista in ortopedia, che terrà conto delle censure esposte nel presente giudizio e che riferirà in merito alle affezioni lamentate dalla ricorrente, alla loro evoluzione nel tempo (in particolare dal mese di gennaio 2019), al procedere terapeutico più indicato e all'impatto delle stesse sulla capacità lavorativa, così come sulla sua messa a frutto in un mercato del lavoro equilibrato. Nel caso non fosse

possibile ottenere in tal modo una risposta esaustiva e conclusiva ai suddetti quesiti, l'amministrazione sottoporrà l'assicurata a una visita peritale in ambito ortopedico/traumatologico - ed eventualmente anche neurologico (laddove emergessero sospetti di problematiche rilevanti per tale campo medico) - secondo le regole procedurali valide in materia di svolgimento di una perizia medica (DTF 137 V 210) e nel rispetto del diritto di essere sentito.

E. 14.2.2

Nella misura in cui fosse confermata una parziale incapacità lavorativa o una riduzione del rendimento nelle attività esigibili (abituale e/o sostitutive), l'amministrazione disporrà gli accertamenti necessari al calcolo del grado d'invalidità. A tal proposito si rammenta che la scelta del metodo applicabile (metodo ordinario del raffronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. Se una persona vada considerata appartenente all'una o all'altra di queste categorie si determina accertando cosa essa avrebbe fatto, nella medesima situazione, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Tale quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione impugnata, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 141 V 15 consid. 3.1 con rinvii). Al fine di determinare lo statuto della persona assicurata (persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, a tempo parziale o senza attività lucrativa), si deve segnatamente esaminare se (e in quale misura) la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale, finanziaria e professionale (sentenza del TF 9C_279/2018 del 28 giugno 2018 consid. 2.2 con rinvii e DTF 130 V 393 consid. 3.3). Ai fini di questa valutazione si deve ugualmente tenere conto della volontà ipotetica della persona interessata, la quale, ove non altrimenti desumibile, dovrà dedursi, in quanto fatto interno, da indizi esterni, stabiliti secondo il grado della verosimiglianza preponderante richiesto nel diritto delle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C_48/2013 del 9 luglio 2013).

E. 14.3

In tali circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti incompleta (essendovi degli aspetti mai approfonditi dal punto di vista ortopedico, oltre che possibili affezioni extrainfortunistiche) e non del tutto concludente, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 15.1

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). Tenuto conto del carattere sussidiario, l'assistenza giudiziaria concessa con decisione incidentale del 23 agosto 2019 (consid. C.b) non si applica in concreto.

E. 15.2

Allo stesso modo anche la decisione di gratuito patrocinio (consid. C.b) non si applica in concreto.

E. 15.3

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un legale si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). Conto tenuto del lavoro effettivo ed utile svolto sia dalla patrocinatrice e in assenza di una nota dettagliata, l'indennità è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 2'800 franchi. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (il dispositivo è alla pagina seguente)

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