

TI_GERICHTE 32.2013.154 vom 15. Juli 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-07-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.154

FR: TI_GERICHTE 32.2013.154 du 15 juillet 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.154 del 15 luglio 2013

Regeste

Nuova richiesta di una rendita AI respinta poiché non è ancora passato un anno di attesa ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 let. b LAI

Erwägungen

E. 21

luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e

dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003, consid. 4.2, I 475/01). 3. Secondo l'art. 17 cpv. 1 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. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi),

l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. Va ancora evidenziato che per l'art. 29bis OAI se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. A questo proposito va rammentato che ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto a una rendita se (let. 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, (let. b) ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione e (let. c) al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40 per cento. In DTF 140 V 2 il TF ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. L'Alta Corte ha affermato: " 4.1 Secondo i primi giudici, siccome la nuova (totale) incapacità lavorativa dell'opponente è stata - pacificamente - causata da una nuova problematica medica, di natura psichiatrica, l'art. 29bis OAI (RS 831.201) non può trovare applicazione. La Corte cantonale ha quindi fatto proprie le considerazioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) che i giudici cantonali hanno appositamente interpellato per un avviso sul caso. Richiamandosi alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 179/01 del 10 dicembre 2001 e alla massima ivi espressa secondo cui se il diritto alla rendita rinasce dopo la manifestazione di una nuova incapacità lavorativa dovuta (anche) a una patologia diversa da quella che aveva originato il diritto alla prima rendita ci si trova in presenza di un secondo caso assicurativo che giustifica un nuovo adempimento del periodo di attesa di un anno, l'UFAS ha concluso che, in siffatta ipotesi, non solo le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI ma anche quelle dell'art. 29 cpv. 1 LAI andrebbero (nuovamente) osservate. La Corte cantonale ha aderito a questa tesi. 4.2 Per l'insorgente, invece, l'applicazione del termine di attesa di sei mesi giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI non si giustifica in una siffatta evenienza. Prevalendosi della ratio di questo disposto, desumibile dal Messaggio del 22 giugno 2005 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (5 a revisione dell'AI), FF 2005 3989, 4098, egli osserva come il legislatore, salvo impedire l'assegnazione di rendite retroattive, non abbia inteso peggiorare la situazione degli assicurati, a questi essendo garantiti il mantenimento dei loro pieni diritti e il versamento della rendita allo scadere dell'anno di attesa se si annunciano tempestivamente all'AI. Orbene, rileva il ricorrente, l'applicazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI anche ai casi in cui, come il presente, il periodo di attesa di un anno termina - in casu, in virtù della media retrospettiva, nel mese di giugno 2011 - prima di sei mesi dalla data d'inoltro della (nuova) domanda, porterebbe a un netto peggioramento della situazione di questi assicurati, il

versamento della cui rendita verrebbe sistematicamente posticipato di alcuni mesi (nella peggiore delle ipotesi di sei) anche qualora si attenessero pienamente ai loro obblighi e si annunciassero subito all'AI in occasione del peggioramento del loro stato di salute. Per questi casi egli rivendica il diritto al versamento della rendita allo scadere dell'anno di attesa, ma al più presto, in analogia all'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, dal giorno in cui è stata inoltrata la nuova domanda AI, a condizione che la stessa sia stata depositata entro sei mesi dal peggioramento.

5.1 Contrariamente a quanto sembra pretendere l'insorgente, nulla di decisivo per la risoluzione della presente vertenza può dedursi dalla sentenza 8C_888/2011 del 7 maggio 2012 (in SVR 2012 IV n. 48 pag. 174). In quella occasione si era trattato di esaminare il momento a partire dal quale andava versata la nuova prestazione nel caso in cui la persona assicurata, dopo la soppressione della rendita, avesse, nel termine di tre anni di cui all'art. 29bis OAI, presentato una nuova domanda a dipendenza della medesima affezione. La I Corte di diritto sociale del Tribunale federale si è limitata a osservare in quella causa che secondo l'ordinamento in vigore dal 1° gennaio 2008 un inizio del diritto alla rendita non è più possibile prima della sua richiesta. Detta Corte non ha invece dovuto decidere se in simili casi sia applicabile per analogia la norma speciale - valida nella procedura di revisione - dell'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, in forza della quale un aumento della rendita è al più presto possibile dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, oppure la regola generale dell'art. 29 cpv. 1 LAI con il suo periodo di attesa di sei mesi. Dal momento che l'Ufficio AI interessato aveva riconosciuto di fare decorrere la nuova rendita dall'inizio del mese della nuova domanda, il Tribunale federale non ha dovuto chinarsi oltre sulla questione (sentenza citata 8C_888/2011 consid. 5.2).

5.2 La questione lasciata aperta in quella vertenza non deve essere risolta nemmeno nel presente contesto, anche perché le fattispecie sono comunque diverse (sul tema cfr. nondimeno MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI]*, 2011, pag. 109 seg.). Contrariamente a quella giudicata nella sentenza 8C_888/2011, quella qui in esame non soggiace alla regola speciale dell'art. 29bis OAI. Come ha accertato in maniera vincolante e pacifica la Corte cantonale, la nuova invalidità è insorta per altri motivi rispetto a quelli che avevano giustificato l'erogazione della rendita temporanea dal 1° dicembre 2009 al 30 giugno 2010. Trovandosi pertanto - come hanno rilevato correttamente l'autorità giudiziaria cantonale e l'amministrazione - in presenza di due diversi eventi assicurati (cfr. sentenza 9C_93/2008 del 19 gennaio 2009 consid. 7.4, in SVR 2009 IV n. 27 pag. 75; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 179/01 del 10 dicembre 2001 consid. 3a; ULRICH MEYER, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]*, 2 a ed. 2010, pag. 366), per ognuno di essi il diritto alla rendita va subordinato al periodo di attesa dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, mentre il termine dell'art. 29 cpv. 1 LAI determina l'inizio del versamento. Va dunque sostanzialmente condivisa la tesi dell'UFAS che propone di applicare - quantomeno per analogia - alla fattispecie la cifra marginale 2030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/view/3950/lang:ita/category:34> ; sul significato e la portata, non vincolante per il giudice, delle direttive amministrative cfr. DTF 137 V 1 consid. 5.2.3 pag. 8 seg.; DTF 132 V 121 consid. 4.4 pag. 125 con riferimenti). Quest'ultima prevede che se l'ufficio AI entra nel merito della seconda domanda - dopo che il diritto alle prestazioni era stato esaminato e giustamente respinto in occasione di una prima domanda -, l'eventuale rendita sorge al più presto sei mesi dopo la presentazione della (nuova) richiesta di prestazioni. Nulla impedisce di disciplinare allo stesso modo la situazione qui in esame, in cui una rendita era sì stata riconosciuta ma solo per un periodo

limitato e comunque per altri motivi rispetto a quelli che hanno determinato la nuova domanda. Non vi è infatti valida ragione di trattare diversamente - sotto questo profilo - questa seconda categoria di assicurati rispetto alla prima. 5.3 Nemmeno l'interpretazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI impone di seguire la tesi del ricorrente. Contrariamente a quanto invocato, il senso e lo scopo della norma, così come emergono dai lavori preparatori (sulla rilevanza di questi ultimi soprattutto nel caso di disposizioni recenti, se la volontà storica dell'autore della norma ha trovato, come nella fattispecie, espressione nel testo oggetto d'interpretazione cfr. DTF 138 V 481 consid. 5.5 pag. 493 con riferimenti), non giustificano di scostarsi dal suo testo chiaro (cfr. anche le versioni tedesca e francese "Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs"; "Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations"). È vero che lo scopo della nuova regolamentazione relativa all'insorgenza del diritto e all'inizio della rendita era principalmente quello di incentivare gli assicurati ad annunciarsi il più presto possibile all'AI per permettere, da un lato, agli interessati di preservare il loro eventuale diritto alla rendita e, dall'altro, all'AI di attuare provvedimenti d'integrazione nel momento in cui possono ancora esplicitare tutta la loro efficacia (FF 2005 3989 segg., 4065 e 4098; cfr. pure DTF 137 V 351 consid. 4.2 pag. 357). Similmente va dato atto che nelle intenzioni del legislatore - che su questo specifico punto ha ripreso, senza discussione alcuna, il progetto sottopostogli dal Consiglio federale (BU 2006 CN 382; BU 2006 CS 607) - il nuovo disciplinamento non avrebbe comportato restrizioni del diritto alle prestazioni. Ciò nondimeno questo auspicio vale, come sottolinea lo stesso Consiglio federale, solo in linea di massima - così ad esempio per il caso normale di primo annuncio all'AI - e per quanto tutte le condizioni del diritto siano comunque adempiute (FF 2005 4065 e 4098; cfr. pure DTF 138 V 475 consid. 3.2.1 pag. 478 seg.; MEYER, op. cit., pag. 365). In nessun modo i lavori preparatori forniscono, invece, lo spunto per non applicare il termine di attesa di sei mesi dell'art. 29 cpv. 1 LAI nel caso di nuova domanda a seguito di un nuovo evento assicurato. Del resto, se la legge fa nascere il diritto alla rendita al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni e se quest'ultimo le rivendica a dipendenza di un'inabilità causata da un nuovo (e decisivo) evento - perché l'invalidità residua relativa al primo (e diverso) è chiaramente insufficiente -, non vi è motivo per non versare la rendita sei mesi dopo il nuovo annuncio all'AI. Il fatto che l'incapacità residua precedente permetta di anticipare - grazie alla media retrospettiva (cfr. ad esempio sentenza 9C_971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1) - la scadenza del termine annuo ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI non significa che in una simile situazione si possa per questo prescindere dall'applicazione del termine di attesa dell'art. 29 cpv. 1 LAI per il versamento della prestazione. 5.4 Quanto alla invocata applicazione, per analogia, dell'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, è sufficiente il rilievo che la norma speciale d'ordinanza presuppone, secondo il suo tenore letterale e il suo contesto sistematico, una rendita in corso (DTF 129 V 211 consid. 3.2.1 pag. 217 in fine e consid. 3.2.4 pag. 219; DTF 109 V 108 consid. 1b pag. 111). Ora, siccome nella fattispecie la prestazione è stata riattivata solo dopo l'insorgenza della nuova invalidità, l'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia." 4. In concreto l'interessata con decisione del 15 settembre 2011 era stata messa al beneficio di una rendita d'invalidità intera dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2009 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute). L'UAI, sulla base di una perizia medica pluridisciplinare del SAM del 19 agosto 2011 (doc. AI 75-1), aveva stabilito che l'interessata aveva un grado d'invalidità del 3%

dal 2 settembre 2009 al 30 settembre 2010 e del 17% dal 1° ottobre 2010 (doc. AI 81-4). Nel rapporto finale del medico SMR, dr. med. _____, del 24 agosto 2011, figurano quali diagnosi principali con influsso sulla capacità lavorativa: dermatomiosite con/su in fase regressiva solo trattamento con Methotrexate, Planquetil e Prednisone, prurito diffuso intenso, incipiente partecipazione polmonare in regressione dal 2008, minime alterazioni degenerative del rachide cervicale con/su iniziale discopatia C5-C6 con minimo bulging dell'anello fibroso, discopatia C6-C7 con minima protrusione discale paramediana a destra, episodio depressivo lieve con sindrome biologica (ICD-10 F32.1). Inoltre sono state poste le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: decondizionamento e sbilancio muscolare, disturbi statici del rachide con/su scoliosi sinistro-convessa lombare, ipercifosi della dorsale con protrazione del capo, rachide tendenzialmente piatto, obesità (BMI 35,8), dislipidemia (doc. AI 77-1/2). Nel corso del mese di aprile 2012 l'interessata ha prodotto all'UAI ulteriore documentazione medica ed ha inoltrato una nuova domanda tendente all'ottenimento di prestazioni dell'AI. In particolare il dr. med. _____, primario di medicina presso l'Ospedale regionale di _____, il 21 marzo 2012 ha affermato che: "(...) alla visita dermatologica del 20 febbraio 2012 il Dr med. _____ non ha evidenziato lesioni cutanee tipiche per dermatomiosite ed anche gli esami di laboratorio effettuati sono risultati nella norma, in particolare le CK (136 U/l) e l'aldolasi (...). Non ho trovato all'esame clinico segni oggettivi di sinovite né un'insufficienza muscolare, ma una spiccata dolenzia a tutti i punti classici di inserzione muscolo-tendinea tipici della fibromialgia. S'impone quindi a mio giudizio al momento una sindrome fibromialgica indipendente dalla dermatomiosite, che mi sembra in remissione o per lo meno poco attiva. (...) Ho inoltre prescritto Saroten Ret. 50mg la sera, utile anche per sindrome depressiva con insonnia. Raccomando in proposito una presa a carico psicosociale di questa paziente senza attività lavorativa 2007 ed alla quale è stata negata l'A.I. Un ulteriore elemento da chiarire ed eventualmente da correggere è il sospetto di una sindrome delle apnee da sonno, emerso dal colloquio con il marito, e forse responsabile in parte del disturbo del sonno e della stanchezza diurna (...)" (doc. AI 89-2) Il 2 aprile 2012 il medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna, ha chiesto un parere circa la patologia psichica della ricorrente al Servizio psicosociale di _____ (doc. AI 89-3). Interpellato dall'UAI, il dr. med. _____, il 14 maggio 2012 ha affermato che: "(...) Visto il subentrare di una debolezza muscolare prossimale soprattutto a livello delle gambe (meno ma anche a livello delle braccia) la paziente veniva nuovamente ricoverata nel reparto di dermatologia dal 01.09 al 29.09.2008, dove finalmente veniva posta la diagnosi di dermatopolomiosite con fibrosi polmonare incipiente. Veniva quindi iniziata una terapia (...). Con questa terapia si è osservato progressivamente un miglioramento del quadro clinico (le lesioni cutanee sono scomparse, l'infiammazione a livello muscolare è regredita, come pure regredita è la fibrosi a livello polmonare). Persiste però un forte prurito (sintomo conosciuto nella dermatopolomiosite), difficile da controllare nonostante vari trattamenti con antistaminici orali. La paziente veniva quindi nuovamente ricoverata nel reparto di dermatologia dal 21.02 al 26.02.2012 per eseguire un trattamento intravenoso con immunoglobuline per 5 giorni. L'ulteriore decorso è stato poi favorevole, dove si è potuto via via sospendere l'assunzione di Prednisone e le iniezioni settimanali con Methotrexate. L'ultima visita nell'ambulatorio di dermatologia avveniva in data 20.02.2012. La paziente lamentava dolori muscolari ed ossei diffusi. Clinicamente non si osservavano lesioni cutanee sospette per dermatopolimiosite gli esami ematochimici eseguiti risultavano nella norma in particolare con valori degli enzimi muscolari normali. In conclusione la paziente ha sofferto di una

malattia seria con partecipazione cutanea, muscolare e polmonare. Inizialmente la diagnosi è risultata difficile e si è poi reso necessario un trattamento immunosoppressivo importante. Sicuramente per lunghi periodi qualsiasi attività, e in particolare l'attività di aiuto cucina che la paziente svolgeva inizialmente non era praticabile vista la presenza di importanti lesioni cutanee soprattutto a livello delle mani e vista la debolezza muscolare. La paziente ha inoltre sofferto e soffre forse ancora tuttora di un fastidioso prurito di difficile gestione" (doc. AI 101-7) Il 4 giugno 2012 il medico curante, dr. med. _____, ha affermato che " attualmente la dermatomiosite è in una fase di remissione, ma il prurito persiste come persistono lo stato depressivo e la sindrome fibromialgica. Al momento trattata solo con antistaminici, analgesici e antidepressivi " ed ha ritenuto che potrebbe esercitare un'attività confacente al 50% dal 17 aprile 2012 (doc. AI 102-2). Il 30 ottobre 2012 hanno preso posizione anche gli specialisti del Servizio psicosociale di _____, dr. med. _____ e dr.ssa med _____, i quali hanno confermato la presenza di una malattia psichica (doc. AI 103-1 e seguenti). Il 3 gennaio 2013 il medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna, dopo aver evidenziato di aver visitato la paziente alcune volte nel 2012 ed aver constatato che " la situazione sembrava abbastanza stabile " ma che l'interessata era disperata poiché non riusciva a trovare un lavoro, ha affermato che il giorno precedente l'interessata si è presentata presso il suo studio per un netto peggioramento dello stato generale con evidenti segni depressivi e riacutizzazione dei dolori tendo-muscolari e osteo-articolari ed ha rilevato di aver notato sul palmo e sul dorso delle mani un'importante irritazione della pelle (doc. AI 109-1). Il 24 gennaio 2013 il medesimo medico ha affermato che l'incapacità lavorativa dell'interessata è del 50% (doc. AI 116), così come, in data 1° febbraio 2013, gli specialisti del Servizio psicosociale di _____ (doc. AI 118-2). Il 2 aprile 2013 il dr. med. _____ ha rilevato che l'insorgente è stata ricoverata dal 26 marzo al 30 marzo 2013 presso l'Ospedale _____ per una recidiva della dermatomiosite primaria manifestatasi per la prima volta nel 2008. La recrudescenza della malattia è stata a livello polmonare e cutaneo, non muscolare, ciò che ha imposto la ripresa della terapia immunosoppressiva con steroidi a medio-alto dosaggio, infusioni periodiche con immunoglobuline ed un immunosoppressivo. Lo specialista ha accertato una completa incapacità lavorativa (doc. AI 123-2 e doc. AI 124-2). Il 23 maggio 2013 il dr. med. _____ ha affermato che la ricorrente è stata ricoverata anche presso il reparto di Dermatologia dell'Ospedale _____ dal 10 al 13 maggio 2013 per intraprendere delle cure specifiche e che " come già successo in passato è quindi possibile che a distanza di mesi la paziente presenti dei periodi di inabilità lavorativa al 100% causata dalla sua malattia di base, ovvero una dermatomiosite idiopatica che può colpire la pelle, i muscoli, ma anche gli organi interni " (doc. AI 126-2). Il 16 aprile 2013 ed il 17 maggio 2013 la ricorrente è stata visitata, nell'ambito della perizia psichiatrica ordinata dall'UAI, dal dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, il quale ha allestito, il 23 maggio 2013, un referto da cui emerge la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di episodio depressivo di grado medio (ICD-10:F32.1) e fibromialgia/ sindrome da dolore somatoforme (ICD-10:F45.4) e la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro di problemi correlati alla disoccupazione (ICD-10:Z.56/Problemi correlati alle circostanze economiche [ICD:Z 59]) e presenza in casa di un familiare bisognoso di cure (ICD-10:Z63.6). Lo specialista ha affermato: " (...) Da un punto di vista psichiatrico l'attuale capacità lavorativa della perizianda, a mio giudizio, è ridotta di grado medio (capacità lavorativa medico-teorica del 50%). La prognosi date le diagnosi psichiche e le condizioni somatiche compromesse, non si presenta

favorevole; consiglio comunque un riesame del caso fra 12 mesi. (...) La perizianda, ormai da anni, presenta disturbi della sfera psichica ed è, dall'anno 2010, seguita con regolarità dai Colleghi del Servizio psico-sociale di _____. I suoi sintomi sono la depressione del tono dell'umore, riduzione dell'energia e difficoltà a continuare le abituali attività accompagnati da un dolore persistente che non può essere completamente spiegato da una malattia somatica (Criteri di Foerster/Mosimann realizzati in quanto in presenza di una comorbidità psichiatrica rilevante e un'affezione corporea duratura). Questi sintomi, che riducono la funzionalità sociale e lavorativa della perizianda, sarebbero, per quanto ho potuto accertare, peggiorati dall'inizio dell'anno in corso (decesso della madre, ulteriori ricoveri negli Ospedali regionali di _____ e _____ nel 2013, aggravamento riferito delle condizioni di salute psichica e fisica del coniuge nel 2013, continuazione delle preoccupazioni d'ordine lavorativo-finanziario). (...) I disturbi psichici della perizianda, più sopra elencati, compromettono di grado medio la sua capacità lavorativa nella sua attività e nelle altre a lei idonee (incapacità lavorativa medico-teorica del 50% dal calcolarsi dal gennaio 2013 ad oggi e continua). (...) (doc. AI 129/1 e seguenti) Il 4 giugno 2013 il medico SMR, dr. med. _____, posta la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome ansioso depressiva con episodio attuale di media gravità e fibromialgia, l'ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di dermatomiosite idiopatica e le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di obesità permagna, dislipidemia mista, stato dopo eradicazione di helicobacter, stato dopo colecistectomia e cervicalgie croniche su alterazioni degenerative del rachide cervicale, ha confermato un peggioramento dello stato di salute dal mese di gennaio 2013 (doc. AI 130-1/2). Il 10 settembre 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha rivalutato l'intera fattispecie, affermando: " Assicurata, aiuto cucina, peritata in ambito SAM nel 2.2011 Diagnosi: dermatomiosite - prurito diffuso - incipiente partecipazione polmonare in regressione minime alterazioni degenerative del rachide cervicale episodio depressivo lieve con sindrome biologica F 32.1 seguente grado AI 3% nuova domanda 4.2012: rapporto dr. _____ 3.2012: - sindrome fibromialgica - sindrome con problematiche psicosociali - prurito cronico - dermatomiosite attualmente in remissione - obesità rapporto AI dr. _____ 5.2012: nessun elemento somatico nuovo rapporto dr. _____ 6.2012: attualmente dermatomiosite in remissione, persiste prurito rapporto _____: episodio depressivo di grado medio, si ritiene possibile un impiego al 50% rapporto dr. _____ del 3.1.2013: netto peggioramento dello stato generale con evidenti segni depressivi e dolori osteo-articolari 2.4.2013 dr. _____ attesta recidiva della dermatomiosite con ricovero ospedaliero dal 26 al 30 marzo 2013 (ripresa della malattia a livello polmonare e cutaneo) Perizia psichiatrica dr. _____ aprile/maggio 2013: - episodio depressivo di grado medio F 32.1 - fibromialgia/sindrome somatoforme - peggioramento da inizio 2013 con IL 50% da 1.2013 Decisione del 15.7.2013: richiesta respinta non essendo passato 1 anno dal peggioramento dello stato di salute. Ricorso: Valutazione: - dalla documentazione risulta pure esservi un peggioramento a livello somatico, peggioramento databile con marzo 2013 quando l'assicurata è stata ricoverata con diagnosi di recidiva della dermatomiosite (ripresa della malattia a livello polmonare e cutaneo). Per tutto il 2012 era stata attestata una situazione di remissione clinica di tale patologia. - L'aggiornamento del caso e la valutazione della capacità lavorativa a scadenza dell'anno d'attesa dovrà quindi comprendere anche una adeguata valutazione somatica in ambito pluridisciplinare, e non solo psichiatrica" (doc. IV/1) Il

ottobre 2013 il dr. med. _____ e la dr.ssa med. _____ dell'Ospedale Regionale di _____ hanno rilevato che l'interessata è stata degente presso la loro struttura dal 7 al 25 ottobre 2013 ed hanno descritto la situazione valetudinaria della ricorrente (doc. D1/2).

5. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella *Pratique VSI 2001* pag. 106 segg., l'allora TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (*Pratique VSI 2001* pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio

l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione 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 é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione : -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico

dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 6. In concreto, alla luce della suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio dei rapporti medici, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio la conclusione cui sono giunti i medici SMR, sulla base della perizia psichiatrica del 23 maggio 2013 (doc. AI 129-1) e dei referti dei dr. med. _____, _____ e _____ prodotti nel corso del 2013. Per quanto concerne innanzitutto la perizia psichiatria, va evidenziato che il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è espresso su tutte le patologie psichiche lamentate dall'assicurata ed ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione valutando la capacità lavorativa della ricorrente sulla base delle indicazioni risultanti dalla visita effettuata (doc. AI 129-1 e seguenti). Alla perizia va attribuito pieno valore probatorio. Il referto del dr. med. _____ è il risultato di un esame clinico approfondito al termine del quale, preso atto dei dati anamnestici, dello status oggettivo e dei disturbi lamentati dall'assicurata, e sulla base delle visite del 16 aprile 2013 e del 17 maggio 2013 e della documentazione medica prodotta, ha reso la sua attenta valutazione sulla capacità lavorativa dell'interessata. Il perito ha esaminato nel dettaglio la documentazione medica messa a sua disposizione ed in particolare ha confrontato le risultanze della perizia del SAM del 19 agosto 2011, della documentazione del _____ e delle visite effettuate per poter concludere che a partire dal mese di gennaio 2013 dopo un periodo di relativa stabilità, vi è stato un peggioramento dello stato di salute che ha portato l'interessata ad essere incapace al lavoro al 50%. L'insorgente del resto non contesta il contenuto e le conclusioni, convincenti, motivate e prive di contraddizioni del dr. med. _____, ma ritiene che l'UAI non avrebbe preso in considerazione le patologie somatiche, e meglio non avrebbe approfondito la loro incidenza sulla patologia psichica. Dagli atti tuttavia, come rileva correttamente il medico SMR, dr. med. _____, nella presa di posizione del 10 settembre 2013 (doc. IV/1), emerge che lo stato di salute della ricorrente, sia per quanto concerne l'aspetto somatico che per quanto riguarda la patologia psichica, è rimasto stabile fino alla fine del 2012, mentre ha subito un peggioramento con l'inizio del mese di gennaio 2013. Infatti, nel referto del dr. med. _____, primario di medicina presso l'Ospedale regionale di _____ del 21 marzo 2012, del dr. med. _____ del 14 maggio 2012 ed in quello del medico curante, dr. med. _____ del 4 giugno 2012 figura una situazione stazionaria dello stato di salute. Il dr. med. _____ ha evidenziato che alla visita dermatologica del 20 febbraio 2012 presso il dr. med. _____ non sono state rilevate lesioni cutanee tipiche per dermatomiosite ed anche gli

esami di laboratorio effettuati sono risultati nella norma. Lo specialista ha invece ritenuto necessario un approfondimento della patologia psichica, e meglio fibromialgica, che, come visto, ha tuttavia subito un peggioramento solo con il mese di gennaio 2013 (cfr. doc. AI 89-2 e doc. AI 129-1 e seguenti). Da parte sua il dr. med. _____, dopo aver riassunto la fattispecie, ha rilevato che clinicamente, il 20 febbraio 2012, non si osservavano lesioni cutanee sospette per dermatopolimiosite e gli esami eseguiti erano nella norma (doc. AI 101-7), mentre persisteva un forte prurito. Infine anche il dr. med. _____, il 4 giugno 2012, ha affermato che la dermatomiosite è in una fase di remissione, mentre persistono il prurito e lo stato depressivo e la sindrome fibromialgica (doc. AI102-2; oggetto, queste ultime due patologie, della perizia psichiatrica). Solo nel referto del 3 gennaio 2013 il medico curante, dr. med. _____, dopo aver visitato l'assicurata il 2 gennaio 2013, ha potuto rilevare un peggioramento dello stato di salute, causato da una riacutizzazione dei dolori tendo-muscolari e osteo-articolari e da un'importante irritazione sul palmo e sul dorso delle mani, confermando comunque che nel corso del 2012, quando aveva visto la paziente in altre occasioni " la situazione sembrava abbastanza stabile " (doc. AI 109-1). Il citato peggioramento, nel 2013, è poi stato confermato anche dal dr. med. _____ e dal dr. med. _____ nel corso dei mesi di aprile e maggio del medesimo anno (doc. AI 123, 124 e 126). Sulla base della citata documentazione, i due medici SMR che hanno valutato la fattispecie, ossia il dr. med. _____ ed il dr. med. _____, hanno entrambi, correttamente, concluso che vi è stato un peggioramento dello stato di salute, e che questo è tuttavia avvenuto al più presto nel corso del mese di gennaio 2013. Non vi sono infatti agli atti referti medici che hanno oggettivato il peggioramento dello stato valetudinario in precedenza (cfr. doc. AI 130-1/2 e doc. AI IV/1), e meglio dopo l'emissione della prima decisione di attribuzione di una rendita limitata nel tempo, emessa il 15 settembre 2011 (cfr. anche doc. AI 124-3, referto del 4 aprile 2013 dove il dr. med. _____ afferma tra l'altro che si tratta di una " paziente nota per una dermatomiosite dal 2008, non più in trattamento con farmaci sistemici da oltre un anno (...) "). A questo proposito va ricordato 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'articolo 6 LPGA - 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 nuovo disposto come pure del nuovo 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. sentenza 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). In concreto questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle valutazioni dei medici SMR, dr. med. _____ ed _____, che trovano conforto nella documentazione medica agli atti. Il peggioramento dello stato di salute per la patologia psichica è avvenuto nel gennaio 2013 (cfr. perizia del dr. med. _____ del 23 maggio 2013, doc. AI 129), mentre per quanto concerne la patologia somatica, il peggioramento è oggettivato dal mese di aprile 2013, quando l'insorgente è stata ricoverata con diagnosi di recidiva della dermatomiosite (doc.

IV/1). Ora, come visto, per l'art. 29bis OAI se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI. Nel caso di specie la rendita è stata soppressa a causa del miglioramento dello stato di salute avvenuto nel corso del mese di settembre 2009, tre mesi dopo, ossia il 31 dicembre 2009 (doc. AI 81-3). Ne segue che l'attuale peggioramento dello stato valetudinario con effetto dal mese di gennaio 2013, rispettivamente marzo 2013, è avvenuto dopo i tre anni di cui all'art. 29bis OAI. Di conseguenza, ritenuto che l'interessata negli anni 2010, 2011 e 2012 è stata invalida al 3% dal settembre 2009 al 30 settembre 2010 ed al 17% dal 1° ottobre 2010 (cfr. decisione del 15 settembre 2011, doc. AI 81-3/4) fino, almeno, al 31 dicembre 2012, è a giusta ragione che l'UAI ha stabilito che l'eventuale diritto ad una rendita può essere dato solo una volta trascorso un (nuovo) termine di un anno ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 let. b LAI, ossia al più presto dal 1° gennaio 2014 e che ha informato l'insorgente che in quel momento avrebbe rivalutato le condizioni per il conferimento di una nuova prestazione. In queste condizioni il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata va confermata. L'incarto va trasmesso all'UAI per le sue incombenze conformemente a quanto indicato nella decisione del 15 luglio 2013 ed a quanto figura nella presa di posizione del 10 settembre 2013 del dr. med. _____ (doc. IV/1). 7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, nel caso concreto le spese di complessivi fr. 500.-- vanno a carico della ricorrente. Quest'ultima ha tuttavia postulato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie la richiesta va respinta già solo per il fatto che la causa era fin dall'inizio priva di possibilità di esito favorevole. Infatti, alla luce delle chiare risultanze mediche riassunte nei consid. 4 e 6 della presente sentenza l'interessata non avrebbe avuto alcuna possibilità di vincere la causa. In queste circostanze la domanda tendente all'ammissione dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio va respinta.