

## **TI\_GERICHTE 32.2015.54 vom 21. September 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-09-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.54](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.54)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.54 du 21 septembre 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.54 del 21 settembre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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 LPGA 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 ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). 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 TFA 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; DTF 114 V 313).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. 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 (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005

nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del

#### **E. 29**

giugno 2004 nella causa T., I 299/03).

Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182.

2.4. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che:

"Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta."

I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5).

Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (cfr. STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65).

2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128).

L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che:

"()

Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992

pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)."

Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che ■( ) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). ( )■ (STF I 384/06 del 4 luglio 2007).

2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti.

Il compito del medico consiste 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 (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; 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).

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). Dall'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).

L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che «Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una convenzione» e al cpv. 2 che «i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio».

Per mettere in pratica quanto prescritto all'art. 72bis cpv.2 OAI l'UFAS ha allestito il sistema di attribuzione «Suisse MED@P» (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous? in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271).

In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.).

A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc).

La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.).

Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in *Les expertises en droit des assurances sociales*, in *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale* n° 44-2010 pag. 124).

Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008).

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).

2.7. Nelle decisioni del 25 febbraio 2015, l'amministrazione ha attribuito all'assicurata un quarto di rendita d'invalidità limitatamente al periodo di tempo compreso tra il 1° agosto 2013 e il 31 ottobre 2013 e una mezza rendita dal 1° novembre 2013 al 31 marzo 2014, ritenuto che dalla valutazione medica SAM, seguita da un raffronto dei redditi, è emerso che l'interessata non presenta un grado di invalidità pensionabile, dopo tale data.

Dagli atti di causa risulta che l'Ufficio AI, a seguito del decreto di stralcio di questa Corte del 10 dicembre 2012 (inc. 32.2012.280), ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare SAM (psichiatrica, reumatologica e neurologica).

Globalmente, nel rapporto peritale dell'11 aprile 2014, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: **Sindrome lombospondilogenica cronica; - discopatie L2-S1 senza neurocompressione. Lieve sindrome femoropatellare bilaterale a predominanza ds. Stato dopo frattura della caviglia sin. Weber B il 26.8.2013; - osteosintesi. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F43.2). Presenza in casa di un familiare bisognoso di assistenza psichiatrica (ICD-10 Z63.6) (doc. AI 121-26).**

Quale diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: **Bunionette al piede sin. Sindrome lombovertebrale cronica senza deficit neurologici associati. Probabile emicrania senza aura. Nistagmo congenito (doc. AI 121-27).**

Quanto alla capacità lavorativa medico teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata inabile al lavoro nella sua precedente attività di aiuto cuoco/cuoca, come in altre attività mediamente pesanti, del 10% dal 24 novembre 2011 (data poi corretta al 24 ottobre 2011, scritto SAM del 19 maggio 2014, doc. AI 127-1) al 12 aprile 2012 per la patologia psichiatrica.

Del 50% dal 13 aprile 2012 al 30 gennaio 2013 (tra la prima RM dell'aprile 2012 e la seconda del 31 gennaio 2013). Dal 31 gennaio 2013 sino alla frattura del piede sinistro l'incapacità è del 40%. Dal 26 agosto 2013 (frattura caviglia sanata chirurgicamente) e per i successivi tre mesi l'incapacità al lavoro è invece del 100%. Dall'esame del Dr. \_\_\_\_\_ del 10 ottobre 2013 viene quindi posta un'incapacità lavorativa del 75%, mentre dall'11 marzo 2014 l'incapacità è del 60% (doc. AI 121-33).

IL 50% dal 13 aprile 2012

IL 40% dal 31 gennaio 2013

IL 100% dal 26 agosto 2013

IL 75% dal 10 dicembre 2013

IL 40% dall'11 marzo 2014.

Attività adeguata

IL 50% dal 13 aprile 2012

IL 10% dal 14 luglio 2012

IL 100% dal 26 agosto 2013

IL 50% dal 27 settembre 2013

IL 10% dal 10 dicembre 2013.

2.8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questa Corte non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto i disturbi di natura reumatologica/ortopedica non sono stati chiariti in modo soddisfacente.

2.8.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto del 16 gennaio 2014 ha posto la diagnosi psichiatrica di ■Sindrome ansioso depressiva (ICD10-F43.2). Presenza in casa di un familiare bisognoso di assistenza psichiatrica (ICD10-Z63.6)■ e indicato un'incapacità lavorativa del 10% (doc. AI 121-55).

Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione.

2.8.2. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale nella perizia del 17 dicembre 2013 non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Secondo il perito non vi è diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista neurologico (doc. AI 121-49+50).

2.8.3. Per quanto riguarda invece la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, il quale nel rapporto del 10 dicembre 2013 ha posto la diagnosi di ■Sindrome lombospondilogenica cronica; - discopatie L2-S1 senza neurocompressione. Lieve sindrome femoropatellare bilaterale a predominanza destra. Stato dopo frattura della caviglia sinistra Weber B il 26.8.2013; - osteosintesi 10.9.2013■ (doc. AI 121-42).

Il perito ha precisato che le due risonanze magnetiche effettuate mostrano due ernie discali a livello L3/L4 e L4/L5 regredite tra il 13 aprile 2012 (prima RM) e il 30 gennaio 2013 (seconda RM).

Vi è poi una quadrupla discopatia di modica entità senza alterazioni di tipo Modic e una lieve spondiloartrosi a livello L4/L5 e L5/S1 nell'ambito di una lieve iperlordosi lombare (angolo di incidenza pelvica grande).

Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato nell'attività di cuoca e in attività mediamente pesanti un'inabilità del 50% dal 13 aprile 2012 al 30 gennaio 2013 (tra la prima RM dell'aprile 2012 e la seconda del 31 gennaio 2013). Dal 30 gennaio 2013 sino alla frattura del piede sinistro l'inabilità è del 40%. Dal 26 agosto 2013 (frattura caviglia sanata chirurgicamente) e per i successivi tre mesi l'inabilità al lavoro è invece del 100%. Infine viene posta un'incapacità lavorativa del 75% dalla visita peritale (10 dicembre 2013) e del 40% dall'11 marzo 2014 (doc. AI 121-43).

In sede di osservazioni al progetto di decisione del 3 giugno 2014 l'avv. RA 1 ha prodotto un referto del 26 giugno 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dal quale emerge che l'assicurata dopo l'intervento del 10 settembre 2013, per il quale ■ secondo il sanitario ■ ■ è lecito aspettarsi un periodo di inabilità al 100% per le successive 6 settimane salvo complicazioni■ (doc. AI 139-2) ha subito un'artroscopia alla caviglia destra per impingement anteromediale l'11 aprile 2014 (doc. AI 144-2) con inabilità al lavoro del 100% per 4/6 settimane. Egli ha quindi ritenuto inadeguata la percentuale di d'inabilità fissata dall'amministrazione (40%) a partire dall'11 aprile 2014 (doc. AI 139-2).

Agli atti figurano inoltre i referti del 9 luglio e del 14 luglio 2014 del medesimo specialista (doc. AI 144-2, 148-1).

Questa documentazione è stata sottoposta alla valutazione del perito del SAM, Dr. \_\_\_\_\_, il quale ha preso posizione in data 25 settembre 2014 in questi termini:

Il SAM ha quindi aggiunto che il Dr. \_\_\_\_\_ ha mantenuto la propria posizione anche alla luce del referto del 14 luglio 2014 (doc. AI 156-2).

Nel rapporto finale SMR del 3 novembre 2014 (doc. AI 159-1) il Dr. \_\_\_\_\_ ■ alla luce delle risposte del SAM ■ ha quindi modificato come segue i periodi di inabilità lavorativa dell'assicurata:

IL 50% dal 13 aprile 2012

IL 40% dal 31 gennaio 2013

IL 100% dal 26 agosto 2013

IL 75% dal 10 dicembre 2013

IL 40% dall'11 marzo 2014.

IL 100% dall'11 aprile 2014

IL 40% dal 26 maggio 2014

Attività adeguata

IL 50% dal 13 aprile 2012

IL 10% dal 14 luglio 2012

IL 100% dal 26 agosto 2013

IL 50% dal 27 settembre 2013

IL 10% dal 11 dicembre 2013

IL 100% dall'11 aprile 2014

IL 10% dal 26 maggio 2014

Dinanzi al TCA l'insorgente ha prodotto il referto del 10 febbraio 2015 del Dr. \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale ha diagnosticato un ■Conflitto femoro-acetabolare destro con lesione antero-superiore del labbro e piccola lesione degenerativa della cartilagine articolare■. Il medico ha quindi proposto tre alternative terapeutiche, ovvero la terapia infiltrativa, l'artroplastica completa dell'anca destra e l'intervento in artroscopia per rimozione della lesione da impingement femoro-acetabolare. Quest'ultimo trattamento è stato accettato dalla paziente (doc. AI 162-2)

Nell'annotazione del 29 aprile 2015 il Dr. Erba del \_\_\_\_\_ ha indicato una prognosi favorevole dopo l'intervento del 10 aprile 2015 all'anca destra con inabilità al lavoro del 100% ■di circa 3 mesi al massimo■ (doc. VI1).

Nel referto del 21 maggio 2015 il Dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di ■Stato dopo artroscopia anca destra il 10.4.2015 per conflitto femoroacetabolare destro + lesione osteocondrale antero-superiore + lesione antero-superiore labbro acetabolare■.

Il sanitario ha quindi invitato la paziente a continuare gli esercizi di fisioterapia e propriocezione per l'anca destra, a limitare la posizione seduta o di flessione forzata dell'anca, riservandosi di rivalutare la situazione dell'anca sinistra ■non tralasciando la possibilità di un'indagine diagnostica aggiuntiva come risonanza magnetica con mezzo di contrasto per un'eventuale presa in carico di trattamento quando la contro-laterale sarà indenne da dolori e limitazioni funzionali■ (doc. F).

Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi preso posizione sull'eventualità di una riqualifica professionale: ■avendo avuto nel corso delle consultazioni la sola visione clinica dell'articolazione dell'anca e sapendo che bilateralmente le lesioni da conflitto femoro-acetabolare possono portare a lungo termine verso una degenerazione della cartilagine soprattutto in presenza di mansioni lavorative pesanti■. Egli ha consigliato una nuova valutazione peritale in merito ad una riqualifica professionale (doc. F).

Secondo l'Ufficio AI l'intervento cui è stata sottoposta l'assicurata nel mese di aprile 2015 è successivo alla decisione resa e quindi da valutare in una nuova domanda di prestazioni (doc. XII+1).

Il TCA non può condividere le conclusioni dell'Ufficio AI.

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 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 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, 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, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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 LPGa 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). 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 TFA 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; DTF 114 V 313). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.3. 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 (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I

299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.4. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (cfr. STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; 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). 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 è 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). L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che "Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio

federale ha concluso una convenzione ” e al cpv. 2 che “ i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio ”. Per mettere in pratica quanto prescritto all’art. 72bis cpv.2 OAI l’UFAS ha allestito il sistema di attribuzione “Suisse MED@P” (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous?” in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271). In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.). A proposito dei rapporti del medico curante, l’Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest’ultimo ha l’occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in “Les expertises en droit des assurances sociales”, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). 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). 2.7. Nelle decisioni del 25 febbraio 2015, l’amministrazione ha attribuito all’assicurata un quarto di rendita d’invalidità limitatamente al periodo di tempo compreso tra il 1° agosto 2013 e il 31 ottobre 2013 e una mezza rendita dal 1° novembre 2013 al 31 marzo 2014, ritenuto che dalla valutazione medica SAM, seguita da un raffronto dei redditi, è emerso che l’interessata non presenta un grado di invalidità pensionabile, dopo tale data. Dagli atti di causa risulta che l’Ufficio AI, a seguito del decreto di stralcio di questa Corte del 10 dicembre 2012 (inc. 32.2012.280), ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare SAM (psichiatrica, reumatologica e neurologica). Globalmente, nel rapporto peritale dell’11 aprile 2014, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: “ Sindrome lombospondilogenica cronica; - discopatie L2-S1 senza neurocompressione. Lieve sindrome femoropatellare bilaterale a predominanza ds. Stato dopo frattura della caviglia sin. Weber B il 26.8.2013; - osteosintesi. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F43.2). Presenza in casa di un familiare bisognoso di assistenza psichiatrica (ICD-10 Z63.6) (doc. AI 121-26) . Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato: “ Bunionette al

piede sin. Sindrome lombovertebrale cronica senza deficit neurologici associati. Probabile emicrania senza aura. Nistagmo congenito” (doc. AI 121-27). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurata inabile al lavoro nella sua precedente attività di aiuto cuoco/cuoca, come in altre attività mediamente pesanti, del 10% dal 24 novembre 2011 (data poi corretta al 24 ottobre 2011, scritto SAM del 19 maggio 2014, doc. AI 127-1) al 12 aprile 2012 per la patologia psichiatrica. Del 50% dal 13 aprile 2012 al 30 gennaio 2013 (tra la prima RM dell’aprile 2012 e la seconda del 31 gennaio 2013). Dal 31 gennaio 2013 sino alla frattura del piede sinistro l’inabilità è del 40%. Dal 26 agosto 2013 (frattura caviglia sanata chirurgicamente) e per i successivi tre mesi l’inabilità al lavoro è invece del 100%. Dall’esame del Dr. \_\_\_\_\_ del 10 ottobre 2013 viene quindi posta un’incapacità lavorativa del 75%, mentre dall’11 marzo 2014 l’abilità è del 60% (doc. AI 121-33). In attività adeguate e leggere l’abilità al lavoro è del 90% dal 24 novembre 2011 (data poi corretta al 24 ottobre 2011, scritto SAM del 19 maggio 2014, doc. AI 127-1) al 12 aprile 2012, del 50% dal 13 aprile 2012 al 13 luglio 2012. Vi è poi piena abilità fino alla frattura della caviglia (26 agosto 2013), quando inizia un’inabilità totale fino al 26 settembre 2013. Dal 27 settembre 2013 l’inabilità è del 50% fino al 10 dicembre 2013 (visita Dr. \_\_\_\_\_), mentre dall’11 dicembre 2013 l’abilità è del 90% (aspetti psichici) (doc. AI 121-33). Nell’annotazione del 2 giugno 2014 (doc. AI 132-1) il Dr. \_\_\_\_\_ ha riassunto i periodi di inabilità lavorativa (IL) di RI 1: Attività abituale IL 10% dal 24 ottobre 2011 IL 50% dal 13 aprile 2012 IL 40% dal 31 gennaio 2013 IL 100% dal 26 agosto 2013 IL 75% dal 10 dicembre 2013 IL 40% dall’11 marzo 2014. Attività adeguata IL 10% dal 24 ottobre 2011 IL 50% dal 13 aprile 2012 IL 10% dal 14 luglio 2012 IL 100% dal 26 agosto 2013 IL 50% dal 27 settembre 2013 IL 10% dal 10 dicembre 2013.

2.8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’UAI prima dell’emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questa Corte non può confermare l’operato dell’amministrazione, in quanto i disturbi di natura reumatologica/ortopedica non sono stati chiariti in modo soddisfacente.

2.8.1. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l’assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto del 16 gennaio 2014 ha posto la diagnosi psichiatrica di “Sindrome ansioso depressiva (ICD10-F43.2). Presenza in casa di un familiare bisognoso di assistenza psichiatrica (ICD10-Z63.6)” e indicato un’inabilità lavorativa del 10% (doc. AI 121-55). Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione.

2.8.2. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l’assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale nella perizia del 17 dicembre 2013 non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Secondo il perito non vi è diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista neurologico (doc. AI 121-49+50). Il TCA non ha ragioni per scostarsi neppure da questa valutazione che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata.

2.8.3. Per quanto riguarda invece la patologia reumatologica, l’assicurata è stata sottoposta a una valutazione specialistica da parte del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, il quale nel rapporto del 10 dicembre 2013 ha posto la diagnosi di “Sindrome lombospondilogenica cronica; - discopatie L2-S1 senza neurocompressione. Lieve sindrome femoropatellare bilaterale a predominanza destra. Stato dopo frattura della caviglia sinistra Weber B il 26.8.2013; - osteosintesi 10.9.2013” (doc. AI 121-42). Il perito ha precisato che le due

risonanze magnetiche effettuate mostrano due ernie discali a livello L3/L4 e L4/L5 regredite tra il 13 aprile 2012 (prima RM) e il 30 gennaio 2013 (seconda RM). Vi è poi una quadrupla discopatia di modica entità senza alterazioni di tipo Modic e una lieve spondiloartrosi a livello L4/L5 e L5/S1 nell'ambito di una lieve iperlordosi lombare (angolo di incidenza pelvica grande). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi evidenziato un secondo problema relativo alla sindrome patellare bilaterale a predominanza destra e una terza problematica da ascrivere alla frattura della caviglia sinistra operata il 10 settembre 2013 (doc. AI 121-42). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato nell'attività di cuoca e in attività mediamente pesanti un'inabilità del 50% dal 13 aprile 2012 al 30 gennaio 2013 (tra la prima RM dell'aprile 2012 e la seconda del 31 gennaio 2013). Dal 30 gennaio 2013 sino alla frattura del piede sinistro l'inabilità è del 40%. Dal 26 agosto 2013 (frattura caviglia sanata chirurgicamente) e per i successivi tre mesi l'inabilità al lavoro è invece del 100%. Infine viene posta un'incapacità lavorativa del 75% dalla visita peritale (10 dicembre 2013) e del 40% dall'11 marzo 2014 (doc. AI 121-43). In attività adeguate e leggere l'assicurata è pienamente abile fino alla prima RM del 13 aprile 2012, poi l'inabilità è del 50% dal 13 aprile 2012 al 13 luglio 2012 e in seguito nuovamente abile al 100% sino alla frattura della caviglia del 26 agosto 2013, quando inizia un'inabilità totale fino al 26 settembre 2013. Dal 27 settembre 2013 l'inabilità è quindi del 50% fino al 10 dicembre 2013 (visita Dr. \_\_\_\_\_), mentre dall'11 dicembre 2013 l'abilità è piena (doc. AI 121-43). In sede di osservazioni al progetto di decisione del 3 giugno 2014 l'avv. RA 1 ha prodotto un referto del 26 giugno 2014 del Dr. \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dal quale emerge che l'assicurata dopo l'intervento del 10 settembre 2013, per il quale – secondo il sanitario – “ è lecito aspettarsi un periodo di inabilità al 100% per le successive 6 settimane salvo complicazioni ” (doc. AI 139-2) ha subito un'artroscopia alla caviglia destra per impingement anteromediale l'11 aprile 2014 (doc. AI 144-2) con inabilità al lavoro del 100% per 4/6 settimane. Egli ha quindi ritenuto inadeguata la percentuale di d'inabilità fissata dall'amministrazione (40%) a partire dall'11 aprile 2014 (doc. AI 139-2). Agli atti figurano inoltre i referti del 9 luglio e del 14 luglio 2014 del medesimo specialista (doc. AI 144-2, 148-1). Questa documentazione è stata sottoposta alla valutazione del perito del SAM, Dr. \_\_\_\_\_, il quale ha preso posizione in data 25 settembre 2014 in questi termini: " (...) Nella sua lettera all'avvocato RA 1 il chirurgo afferma che la paziente dovrebbe essere ritenuta inabile al lavoro per 6 settimane al 100% dopo l'intervento del 10.9.2013. Nel mio consulto di reumatologia a pagina 5 certificavo un'incapacità lavorativa per 3 mesi a decorrere dalla frattura del 26.8.2013. La mia valutazione va dunque molto oltre quella del Dr. med. \_\_\_\_\_ per quanto riguarda l'incapacità lavorativa dopo la frattura e il successivo intervento alla caviglia sinistra del 26.8.2013. Per quanto riguarda il successivo intervento chirurgico dell'11.4.2014, eseguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_, questo è stato realizzato alcuni mesi dopo il mio consulto di reumatologia del 10.12.2013. Non potevo dunque considerare questo intervento nel mio consulto. Concordo pienamente con le osservazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_ riguardo al processo di guarigione dopo un'operazione che ha coinvolto i tessuti capsulari e il tessuto osseo della tibia distale da cui è stato rimosso un osteofita. Concordo pienamente che non è possibile aspettarsi una guarigione con restitutio ad integrum prima di 4-6 settimane. Per questi periodi la paziente è totalmente inabile al lavoro per qualunque attività. Successivamente la capacità lavorativa della paziente dovrebbe tornare quella descritta nel mio consulto di reumatologia del 10.12.2013. Per quanto mi riguarda la situazione sembra abbastanza semplice. Non mi sembra sia necessaria una nuova valutazione reumatologica

ma non sono naturalmente contrario a rivedere la situazione se lo si ritenesse necessario” (doc. AI 156-2). Il SAM ha quindi aggiunto che il Dr. \_\_\_\_\_ ha mantenuto la propria posizione anche alla luce del referto del 14 luglio 2014 (doc. AI 156-2). Nel rapporto finale SMR del 3 novembre 2014 (doc. AI 159-1) il Dr. \_\_\_\_\_ – alla luce delle risposte del SAM – ha quindi modificato come segue i periodi di inabilità lavorativa dell’assicurata: Attività abituale IL 10% dal 24 ottobre 2011 IL 50% dal 13 aprile 2012 IL 40% dal 31 gennaio 2013 IL 100% dal 26 agosto 2013 IL 75% dal 10 dicembre 2013 IL 40% dall’11 marzo 2014. IL 100% dall’11 aprile 2014 IL 40% dal 26 maggio 2014 Attività adeguata IL 10% dal 24 ottobre 2011 IL 50% dal 13 aprile 2012 IL 10% dal 14 luglio 2012 IL 100% dal 26 agosto 2013 IL 50% dal 27 settembre 2013 IL 10% dal 11 dicembre 2013 IL 100% dall’11 aprile 2014 IL 10% dal 26 maggio 2014 Ritenuto che il peggioramento momentaneo dello stato di salute di RI 1 (inabilità del 100% dall’11 aprile 2014 al 25 maggio 2014) non è superiore ai tre mesi (cfr. art. 88a OAI), l’UAI nella decisione impugnata non ha modificato le conclusioni del progetto di decisione del 3 giugno 2014 (doc. AI 161-3). Dinanzi al TCA l’insorgente ha prodotto il referto del 10 febbraio 2015 del Dr. \_\_\_\_\_ dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il quale ha diagnosticato un “ Conflitto femoro-acetabolare destro con lesione antero-superiore del labbro e piccola lesione degenerativa della cartilagine articolare ”. Il medico ha quindi proposto tre alternative terapeutiche, ovvero la terapia infiltrativa, l’artroplastica completa dell’anca destra e l’intervento in artroscopia per rimozione della lesione da impingement femoro-acetabolare. Quest’ultimo trattamento è stato accettato dalla paziente (doc. AI 162-2) In data 10 aprile 2015 la ricorrente è stata quindi sottoposta ad un intervento di artroscopia all’anca destra. Nella lettera d’uscita del 13 aprile 2015 dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (degenza al 10 al 13 aprile 2015), i sanitari hanno posto la diagnosi di “ Conflitto femoro-acetabolare destro con lesione in sede antero-superiore del labbro e piccola lesione degenerativa della cartilagine articolare ” e posto l’indicazione di un’inabilità lavorativa, dopo l’intervento, del 100% dal 10 aprile 2015 al 26 aprile 2015 (doc. E). Nell’annotazione del 29 aprile 2015 il Dr. Erba del \_\_\_\_\_ ha indicato una prognosi favorevole dopo l’intervento del 10 aprile 2015 all’anca destra con inabilità al lavoro del 100% “ di circa 3 mesi al massimo ” (doc. VI1). Nel referto del 21 maggio 2015 il Dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di “ Stato dopo artroscopia anca destra il 10.4.2015 per conflitto femoroacetabolare destro + lesione osteocondrale antero-superiore + lesione antero-superiore labbro acetabolare ”. Il sanitario ha quindi invitato la paziente a continuare gli esercizi di fisioterapia e propriocezione per l’anca destra, a limitare la posizione seduta o di flessione forzata dell’anca, riservandosi di rivalutare la situazione dell’anca sinistra “ non tralasciando la possibilità di un’indagine diagnostica aggiuntiva come risonanza magnetica con mezzo di contrasto per un’eventuale presa in carico di trattamento quando la contro-laterale sarà indenne da dolori e limitazioni funzionali ” (doc. F). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi preso posizione sull’eventualità di una riqualifica professionale: “ avendo avuto nel corso delle consultazioni la sola visione clinica dell’articolazione dell’anca e sapendo che bilateralmente le lesioni da conflitto femoro-acetabolare possono portare a lungo termine verso una degenerazione della cartilagine soprattutto in presenza di mansioni lavorative pesanti ”. Egli ha consigliato una nuova valutazione peritale in merito ad una riqualifica professionale (doc. F). L’amministrazione ha sottoposto la nuova documentazione medica al vaglio del Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale nell’annotazione del 9 giugno 2015 ha indicato che dopo l’inabilità lavorativa al 100% per l’intercorrente intervento “ l’assicurata ha ricuperato una esigibilità lavorativa come da perizia SAM ”

(doc. XIII). Secondo l'Ufficio AI l'intervento cui è stata sottoposta l'assicurata nel mese di aprile 2015 è successivo alla decisione resa e quindi da valutare in una nuova domanda di prestazioni (doc. XII+1). Il TCA non può condividere le conclusioni dell'Ufficio AI. Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 25 febbraio 2015 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Secondo questa Corte, i referti dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del Dr. \_\_\_\_\_ vanno tuttavia presi in considerazione, in quanto visto il periodo di tempo breve intercorso tra le decisioni impugnate (25 febbraio 2015) e i referti in questione (aprile/maggio 2015) non si può escludere che facciano riferimento ad un quadro clinico antecedente al provvedimento contestato. Questo a maggior ragione se si considera che il Dr. \_\_\_\_\_ già il 9 luglio 2014 aveva diagnosticato una “coxalgia bilaterale in quadro di sospetto impingement femoro-acetabolare” (cfr. referto doc. AI 144-2) e il Dr. \_\_\_\_\_ in data 10 febbraio 2015 aveva diagnosticato un “Conflitto femoro-acetabolare destro con lesione antero-superiore del labbro e piccola lesione degenerativa della cartilagine articolare (doc. B). Inoltre, come evidenziato anche dall'avv. RA 1 in sede di ricorso già il Dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 25 gennaio 2013 menzionava dei disturbi alle anche (cfr. doc. I, pag. 6 e doc. AI 82-8). Non può dunque essere escluso che un peggioramento del quadro reumatologico/ortopedico dell'assicurata sia intervenuto prima dell'emanazione delle decisioni impugnate. L'amministrazione non ha infatti sottoposto la patologia dell'assicurata all'anca destra ad una valutazione specialistica, limitandosi a sottoporre il caso al medico del SMR. In simili condizioni, secondo questo Tribunale non è possibile, senza prima procedere ad un complemento peritale da parte di un perito specialista in ortopedia concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata giustifichi una capacità lavorativa del 60% per l'attività abituale e del 90% per quelle adeguate dal 26 maggio 2014. 2.9. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.7.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento (“Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen”), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. Le decisioni impugnate vanno quindi annullate e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento a livello ortopedico inteso a delucidare se vi sia stato o meno un peggioramento del quadro clinico dell'assicurata antecedentemente al mese di febbraio 2015. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.10. In data 10 aprile 2015 l'assicurata ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I, V+bis). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. La costante giurisprudenza federale ha stabilito che l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.). 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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