

TI_GERICHTE 32.2018.20 vom 9. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.20

FR: TI_GERICHTE 32.2018.20 du 9 janvier 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.20 del 9 gennaio 2018

Regeste

Revisione. Attribuzione temporanea di rendita AI. Da perizia ortopedica fatta esperire da UAI risulta, rispetto alla precedente perizia, un peggioramento e poi un ristabilirsi delle condizioni di salute. Peggioramento soggettivo non comprovato con certificati medici. Aspetto economico non contestato. No AG

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a 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. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni,

presenta di nuovo un grado di 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. Infine, 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 (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64-65). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pag. 95).

Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.4. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. 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 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco

conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.5. Occorre ancora rilevare che trattandosi in concreto dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). 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 343 consid. 3.5). 2.6. Nel caso di specie, nell'ambito di una (terza) revisione d'ufficio avviata nell'aprile 2016, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e sentito il parere del Servizio Medico Regionale che il 13 febbraio 2017 (doc. 161) ha reputato necessario sottoporre l'assicurato a una perizia ortopedica, il mandato è stato affidato al dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, attivo presso la Clinica di Riabilitazione di _____. La perizia è stata allestita il 29 maggio 2017 (doc. 165), dopo che il chirurgo ortopedico ha avuto modo di visitare l'assicurata il 3 aprile 2017 durante un'ora e 45 minuti. In essa viene descritta l'anamnesi familiare, scolastica, professionale, sociale, personale in cui lo specialista ha esposto la storia clinica della ricorrente dal 2005 al 2016 riassumendo numerosi referti medici, i dati soggettivi con la descrizione dei disturbi (da tre settimane la sintomatologia algica al rachide lombare era diventata simile a quella esistente

antecedentemente all'intervento chirurgico del luglio 2016, che fino a quel momento aveva apportato un miglioramento della sintomatologia) e dell'attività lavorativa. Nella constatazione oggettiva il perito ha esaminato il rachide lombo-sacrale, il rachide cervicale e il ginocchio destro e ha indicato gli esiti delle indagini strumentali effettuate in passato. Elencati i periodi e i gradi di inabilità lavorativa, l'esperto ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome lombo-spondilogenica cronica con/su: stato dopo operazione chirurgica di ernia discale L5-S1 (emi-laminectomia) del 2007; stato dopo osteocondrosi Modic I L5-S1, osteocondrosi L4-L5, spondilartrosi L5-S1 a sinistra, segni clinici di sovraccarico delle articolazioni intervertebrali L4-L5 e L5-S1 e delle articolazioni sacro-iliache di DP; stato dopo artrodesi L3-S1 del 25 luglio 2016. Quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa è stata indicata una lieve sindrome cervico-spondilogenica cronica in modiche alterazioni degenerative, senza neurocompressione; lieve sintomatologia ansioso-depressiva; miopia e astigmatismo medio-elevato dell'occhio destro. Nella sua valutazione dello stato di salute dell'assicurata e delle conseguenze sulla capacità lavorativa, il perito ha affermato che dall'esame obiettivo effettuato, dalla storia clinica e dalla documentazione agli atti, era chiaro che l'assicurata fosse portatrice di uno stato dopo chirurgia di artrodesi al rachide lombare con posizionamento di cage, con esiti invalidanti che si manifestavano con la sintomatologia oggettiva descritta. La sintomatologia soggettiva lamentata dall'interessata e insorta nelle ultime tre settimane era ancora sottoposta a indagine e investigazione medica, ossia dolori continui a fascia a livello del rachide lombare, soprattutto stando ferma nella stessa posizione a lungo, con mobilità ridotta in flessione anteriore ed estensione, lievi dolori notturni che non le permettevano di riprendere ed eseguire i normali lavori quotidiani (fare l'aspirapolvere, bagnare i fiori, ecc.), erano compatibili con i deficit funzionali riscontrati anche durante l'esame obiettivo e la documentazione radiografica. L'assicurata ha anche lamentato sintomatologia algica a livello del rachide cervicale e una non ben chiara sindrome parestetica che giungeva nell'arto sinistro fino alla pianta del piede sinistro con una diminuzione della forza a livello dell'arto inferiore sinistro. Da un'analisi degli atti medici e dalla visita medica effettuata, lo specialista ha riscontrato una condizione verosimilmente sovrapponibile a quel che riguardava la problematica al rachide lombare rispetto alla valutazione reumatologica del dr. _____ pre-operatoria, presente nella perizia SAM del 3 giugno 2014, mutata preponderantemente solo da una lieve riduzione del bending laterale (la diminuzione del tempo di latenza nel mantenimento della posizione di lunga durata in piedi e seduta era presente anche prima l'intervento di spondilodesi). Il chirurgo ortopedico ha osservato che l'assicurata aveva interrotto il programma fisioterapico per la nuova sintomatologia insorta recentemente e che non era ancora stata acclarata, che assumeva farmaci analgesici su base programmatica e continuava ad accusare dolori al rachide lombare soprattutto quando restava ferma nella stessa posizione. Pertanto, era sicuramente auspicabile che l'assicurata, dopo aver determinato la patogenesi della nuova sintomatologia algica, continuasse con il costante equilibrio di condizionamento della muscolatura lombare per mantenere la capacità residua di guadagno, senz'altro attuabile, a margine delle ore lavorative: le misure terapeutiche indicate erano in grado di migliorare la qualità della vita dell'assicurata, ma non necessariamente la sua capacità funzionale e di carico. L'interessata ha altresì lamentato una nuova sintomatologia algica a livello del ginocchio destro, senza tuttavia provarla con certificati medici e senza che la visita peritale abbia mostrato nulla di oggettivabile. Per l'esperto era inoltre sicuramente auspicabile che l'assicurata mantenesse un peso corporeo ideale, al fine di ridurre il carico

sul passaggio lombo-sacrale e sulle estremità inferiori. Sulla base degli ultimi reperti e dell'intera documentazione agli atti così come della visita medica effettuata, per il perito era possibile ristabilire una capacità lavorativa nei limiti naturalmente della rendita del 53% dal 3 aprile 2017. La sindrome lombo-spondilogenica cronica instauratasi dopo l'operazione per l'ernia discale L5-S1 a sinistra nel 2007, con aggravamento della sintomatologia algica dal 2013, era paragonabile alla situazione attuale, mentre la sindrome cervico-spondilogenica cronica e modiche alterazioni degenerative, senza neurocompressione, era pressoché sovrapponibile a quella odierna. Sulla base della situazione anamnestica clinica riscontrata il giorno della sua valutazione, il chirurgo ortopedico ha giudicato come lavoro idoneo in quel momento un'attività che tenesse pienamente conto dei limiti funzionali e di carico che egli ha stabilito (capacità ridotta nel sollevare pesi leggeri oltre i 5kg, nel sollevare pesi sopra il piano delle spalle se oltre i 5kg, nel manipolare oggetti leggeri, mentre normale nella rotazione della mano e nel lavorare a braccia elevate, con rotazione, inginocchiata e con ginocchia in flessione; ridotta se seduta e piegata in avanti, se eretta e piegata in avanti, in posizione seduta ed eretta; poteva camminare normalmente per tragitti lunghi, mentre era nulla su terreni accidentati e per salire scale a pioli, ma ridotta per salire o scendere le scale; l'impiego delle due mani e lo stare in equilibrio era possibile normalmente) e anche nel rispetto dei limiti della rendita del 53% già assegnata. A decorrere dal 3 aprile 2017, l'assicurata è stata ritenuta abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa con rendimento ridotto nei limiti della rendita già assegnata, specificando la possibilità di eseguire o un lavoro a tempo pieno con rendimento ridotto nella misura del 53% oppure una combinazione tra tempo ridotto e rendimento ridotto. Come casalinga è stata giudicata abile al lavoro nelle mansioni consuete sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una riduzione del rendimento del 20%. Sulla scorta dei limiti di carico individuati e dei limiti della rendita, l'ultima attività lavorativa di cameriera da _____ non è più stata ritenuta esigibile, mentre lo era un'attività in cui fosse possibile eseguire frequenti cambi di posizione in supporto a una terapia farmacologica (antiinfiammatoria e antidolorifica). Il dr. med. _____ ha infine precisato che “ La valutazione dell'attuale capacità lavorativa in base al grado di IL del 53% già assegnato nel 2009 e confermato nella perizia SAM del 2014, è stata considerata in tutte le sue caratteristiche e sfaccettature con visita medica, valutazione degli esami radiologici e nuova documentazione presentata e non ha prodotto nessun peggioramento oggettivo tale da modificare la capacità lavorativa e la capacità di guadagno, e quindi viene confermato il precedente stato di invalidità da cui scaturisce la precedente rendita assegnata. ” (pag. 16). Nel rapporto finale SMR del 4 luglio 2017 (doc. 167) il dr. med. _____ ha ripreso le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa stabilite dal perito, così pure i gradi di inabilità lavorativa nell'attività abituale, in altre adeguate e nelle mansioni consuete (20%), ricordando che dall'ottobre 2015 l'assicurata era inabile al lavoro al 100%, mentre dal 3 aprile 2017 al 50%. Il carico massimo era di 5kg, la necessità di alternare la postura era già inclusa nella valutazione della capacità lavorativa, non v'erano difficoltà nello svolgere lavori di precisione né necessità di effettuare pause supplementari. Quali altre limitazioni è stato indicato di non assumere la posizione prolungata in piedi/seduta piegata in avanti, alternare la posizione di lavoro seduta/eretta, non lavorare su ponteggi o scale a pioli. Il medico SMR ha osservato che c'era stato un intercorrente peggioramento per l'intervento, ma dall'aprile 2017 la situazione era in pratica come in occasione della precedente valutazione. La prognosi della capacità lavorativa era stazionaria. Basandosi sulle conclusioni del Servizio Medico Regionale, con progetto di decisione del 6 luglio 2017 (doc. 171) l'Ufficio AI ha ritenuto

l'assicurata, già al beneficio di una mezza rendita di invalidità stante un grado di invalidità del 53% con capacità lavorativa residua del 50% in qualsiasi attività, inabile al 100% a causa di un peggioramento transitorio dall'ottobre 2015 e riconducibile all'intervento chirurgico, mentre al 50% dal mese di aprile 2017 stante uno stato di salute sovrapponibile a quello pre-operatorio. È stato quindi concesso un aumento temporaneo della rendita, con ripristino successivo della mezza rendita AI. Il dr. med. _____, FMH reumatologia e medicina interna, il 21 luglio 2017 (doc. 173) ha inviato direttamente all'Ufficio AI un rapporto medico, in cui ha riferito della paziente che ha visto diverse volte tra l'aprile 2017 e il 20 luglio 2017. La diagnosi posta dal curante era di esiti di spondilodisi L3-S1 anteriore e posteriore (25 luglio 2016); cervicalgie su osteocondrosi C5-C6 e C6-C7; PSH sinistra su tendinosi del sopraspinoso; osteoporosi con frattura vertebrale L4 (SQ2) e sindrome depressiva. Lo specialista ha osservato che a distanza di un anno dall'intervento neurochirurgico/ortopedico v'è stato solo inizialmente un leggero miglioramento, in seguito i disturbi sono rimasti costanti. Dal lato clinico la situazione era caratterizzata da un bloccaggio quasi completo della mobilità lombare. Non v'erano segni radicolari irritativi né evidenti deficit di forza, ma una ariflessia dell'achilleo sinistro. Era inoltre presente una leggera limitazione dolorosa della mobilità cervicale e della spalla sinistra. Antecedentemente all'intervento di spondilodisi v'era stata una frattura vertebrale L4 da collegare a una caduta sul sedere nell'ottobre-novembre 2015. La densitometria ossea mostrava una osteopenia, ma a livello lombare non è misurabile. La TAC lombare del 3 aprile 2017 mostrava una corticale vertebrale molto fine e una trabecolatura spongiosa lacunare, perciò occorreva considerare la diagnosi di una osteoporosi clinicamente manifesta. Il reumatologo curante ha rilevato che la paziente aveva appena iniziato un trattamento antirassorbitore di bisfosfonati e che le numerose problematiche somatiche avevano inoltre determinato una esacerbazione della sintomatologia ansioso-depressiva preesistente. Tutto ben considerato, a suo dire l'assicurata non era in grado di riprendere un'attività lavorativa al 50% come venditrice non riuscendo a lavorare a metà tempo a pieno rendimento né a tempo pieno con rendimento ridotto. Sarebbe oltremodo stato difficile individuare un'attività adatta in cui fosse stato possibile una capacità lavorativa del 50%. Pertanto, il progetto di decisione dell'AI di un ritorno a una capacità lavorativa del 50% dopo un anno dall'intervento stabilizzante lombare non gli era sembrato realistico. Preso atto di questo parere, il medico SMR ha contattato il dr. _____ chiedendo una valutazione sull'esigibilità lavorativa dal punto di vista reumatologico. Nelle sue osservazioni al progetto di decisione, il 24 agosto 2017 (doc. 176) l'assicurata ha comunicato che il suo stato di salute non le permetteva di svolgere alcuna attività lavorativa e che dal 21 agosto precedente aveva iniziato un percorso di terapia presso il Servizio psico-sociale di _____. Essa ha trasmesso all'Ufficio AI un certificato medico di inabilità lavorativa del 100% rilasciato dal reumatologo curante il 20 luglio 2017, il predetto referto del giorno seguente e un rapporto medico del dr. med. _____. Quest'ultimo, specialista in ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore, chirurgia vertebrale, attivo presso la Clinica _____ di _____, ha rilevato che la problematica al rachide non trovava indicazione chirurgica. La possibilità di evitare sforzi, lavori pesanti e attività a rischio di traumatismi avrebbe potuto alleviare i sintomi e permettere una qualità di vita soddisfacente. Egli era concorde con il parere del dr. _____, secondo cui le limitazioni funzionali erano a quel momento tali da rendere impossibile lo svolgimento di attività lavorative. Il 14 settembre 2017 (doc. 181) il dr. med. _____ ha compilato l'apposito formulario trasmessogli dall'Ufficio AI, attestando un'inabilità lavorativa totale

dal 25 luglio 2016 e delle limitazioni. In particolare, il reumatologo ha indicato che l'interessata poteva tenere la stessa posizione in piedi/seduta soltanto per 30 minuti, né flettere il tronco; la sua autonomia era quindi limitata. Pertanto, l'evoluzione nel suo insieme non era favorevole, v'era un'assenza di miglioramento significativo e una sindrome depressiva probabilmente reattiva, da definire da uno psichiatra. Non era quindi attualmente possibile che l'assicurata svolgesse un lavoro leggero adatto nella misura del 50% essendo la sua capacità lavorativa ridotta del 100%, ma era probabile una ripresa dell'attività lavorativa anche se non al 50%, che egli ha quantificato al 25% fermo restando determinati limiti funzionali. Interpellato il Servizio psico-sociale di _____ che, su segnalazione del dr. med. _____, dal 21 agosto 2017 aveva in cura l'assicurata con colloqui di sostegno psicologico a cadenza quindicinale, il 5 dicembre 2017 (doc. 183) il medico capo dr. _____ e la psicologa _____ hanno diagnosticato un episodio depressivo ricorrente, episodio lieve in atto a loro noto dal mese di agosto 2017 (F 33.0). Nel descrivere l'anamnesi viene indicato che verosimilmente la problematica depressiva era presente in passato e che attualmente si era riacutizzata per una problematica lombare presente dal 2006 per la quale l'assicurata era stata più volte operata (2007 e 2016). La decisione dell'Ufficio AI di ridurre al 50% la rendita ha destabilizzato l'interessata e il medico curante non la riteneva in grado di lavorare al 50%. Il Servizio psico-sociale ha osservato che dopo un primo breve periodo dall'inizio della presa a carico, la sintomatologia depressiva era rientrata. Al momento della compilazione del formulario l'assicurata appariva ben compensata, lucida, con il tono dell'umore in asse e con un'emotività congrua ai contenuti espressi. Lamentava dolori alla schiena e limiti fisici nello svolgere le mansioni abitudinarie in casa e a ciò andavano aggiunte le preoccupazioni rispetto all'aspetto economico. Nel formulare la prognosi è stato indicato che l'assicurata doveva sempre beneficiare dei colloqui di sostegno e che, una volta fatta chiarezza sulla problematica finanziaria, l'equilibrio psichico si sarebbe verosimilmente consolidato maggiormente. Era dunque indicato, se la situazione rimaneva stazionaria, proseguire con una presa a carico con incontri più diradati rispetto a quel momento, con l'obiettivo di monitorare la situazione. Per quel che concerne l'incapacità lavorativa, dal punto di vista psichico l'assicurata era ben compensata ed è stata ritenuta abile al lavoro non essendoci impedimenti. Gli psicologi hanno segnalato che l'interessata ha più volte ribadito che soffriva di dolori lombari tali da impedirle di svolgere un'occupazione con la costanza necessaria, ma che ciò nonostante si dichiarava disposta a fare eventuali tentativi proposti dall'Ufficio assicurazione invalidità. Il dr. med. _____ ha preso posizione il 14 dicembre 2017 (doc. 185) sulla documentazione raccolta successivamente al progetto di decisione, affermando che il dr. _____ ha ritenuto una capacità lavorativa massima del 25% in attività adatta, ma dal rapporto non risultava una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale del dr. _____. Pertanto, il medico SMR ha confermato la validità del suo rapporto finale. Sulla scorta di queste conclusioni, con decisione del 9 gennaio 2018 (doc. B) l'Ufficio AI ha ritenuto l'assicurata inabile al 100% fino al marzo 2017, dopodiché dal mese di aprile 2017, stante uno stato di salute sovrapponibile a quello pre-operatorio del 2016, è stata confermata la capacità lavorativa residua del 50% in qualsiasi attività. L'amministrazione ha confermato il progetto di attribuzione di una rendita temporanea di invalidità. Il 2 febbraio 2018 (doc. P) il dr. med. _____ ha scritto all'Ufficio AI riferendo della visita dell'assicurata effettuata quel giorno, segnalando che da metà gennaio c'era stato un ulteriore peggioramento della situazione della paziente, la quale si presentava sia alla visita del 18 gennaio sia a quella di

febbraio con un bloccaggio lombare pressoché completo e dolori irradianti sulla parte anteriore della coscia sinistra, talvolta leggermente oltre fino sulla parte mediale dello stinco così come al ginocchio destro, evocando una sofferenza radicolare L3 o L4. Il reumatologo non ha comunque trovato evidenti deficit neurologici. La radiografia della colonna lombare che ha eseguito quel giorno non sembrava mostrare alterazioni nuove rispetto a quelle già note. Egli ha indirizzato d'urgenza per una rivalutazione chirurgica l'interessata dal dr. _____, che l'avrebbe vista quello stesso giorno. Preso atto delle considerazioni dell'Ufficio AI, il curante ha affermato che, in buona coscienza, nella situazione attuale non poteva non ritenere una incapacità lavorativa completa, senza esprimersi comunque sulla prognosi a medio-lungo termine. Con il ricorso dell'8 febbraio 2018 (doc. I) l'assicurata ha trasmesso al TCA la perizia pluridisciplinare del 3 giugno 2014 (doc. E) e quella ortopedica del 29 maggio 2017 (doc. D). Al Tribunale sono inoltre pervenuti i certificati del medico curante dr. med. _____, FMH in reumatologia e medicina interna, del 2 dicembre 2013 (doc. D1), del 20 (doc. O) e del 21 luglio 2017 (doc. M1) e del 2 febbraio 2018 (doc. P), i referti del 5 agosto 2014 (doc. C) e del 12 settembre 2014 (doc. G) del Centro per la terapia del dolore, le precisazioni del 19 settembre 2014 del reumatologo dr. med. _____ relative alla diffida imposta dall'amministrazione all'assicurata con la decisione del 1° settembre 2014 di sottoporsi a un determinato percorso terapeutico, così come i rapporti medici del dr. med. _____ del 30 novembre 2015 (doc. I), del 29 febbraio 2016 (doc. L) e del 31 maggio 2016 (doc. H), FMH ortopedia e traumatologia, chirurgia vertebrale, il certificato medico del 22 agosto 2017 (doc. N) del dr. med. _____ e l'opposizione del 24 agosto 2017 (doc. M) dell'assicurata. Tutti questi certificati erano già agli atti dell'amministrazione, essendo stati prodotti dall'assicurata in parte nell'ambito della revisione d'ufficio dell'aprile 2016 (doc. 152) e in parte delle sue osservazioni al progetto di decisione del 6 luglio 2017. Il referto del 2018 è invece stato direttamente trasmesso dal reumatologo curante all'Ufficio AI successivamente alla decisione impugnata. Il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, che il 13 febbraio 2018 (doc. IV/1) si è pronunciato sull'intera questione dall'avvio dell'ultima revisione in poi, preso atto del rapporto del Servizio psico-sociale del 2017 e del reumatologo curante che ha ritenuto una capacità lavorativa massima del 25% in attività adeguata, vista la documentazione medica prodotta con il ricorso e in particolare il referto del dr. med. _____ del 2 febbraio 2018 che segnalava un attuale peggioramento dello stato di salute con inabilità lavorativa del 100% dal 18 gennaio 2018 con prognosi incerta, ha concluso per un " peggioramento stato di salute con attuale IL 100% dal 18.1.2018 con prognosi incerta / negativa. Sono in corso ulteriori accertamenti. ". Il 19 febbraio 2018 (doc. IV) l'Ufficio AI ha proposto di respingere il ricorso, confermando con la risposta la decisione di attribuzione di una rendita intera temporanea, giacché fino alla data della decisione impugnata non aveva motivo per distanziarsi dalla valutazione medica eseguita dall'SMR, che non era stata smentita da certificati medici specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. L'eventuale peggioramento dello stato di salute della ricorrente segnalato con effetto dal 18 gennaio 2018 doveva, semmai, formare oggetto di un nuovo provvedimento (nuova revisione). Il certificato del 16 febbraio 2018 (doc. S) allestito dal dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica, chirurgia vertebrale, riportava di avere preso visione della RMN del rachide lombosacrale dell'assicurata richiesta visto il persistente dolore lombare con irradiazione coxofemorale, trocanterica e crurale a destra. L'esame non mostrava discopatia adiacente né compressione neurale. Lo specialista ha suggerito all'interessata di proseguire con la terapia fisica, che doveva essere seguita da un

ciclo di stabilizzazione lombare. La diagnosi era di lombalgia persistente in stato dopo artrodesi L3-S1 - dolore trocanterico sinistro. Il successivo referto dell'8 marzo 2018 (doc. T) del chirurgo ortopedico ha ricordato gli interventi del 2007 e del 2016 a cui si è sottoposta la ricorrente e che il decorso post operatorio all'artrodesi era stato caratterizzato da sollievo solo parziale dai sintomi lombari, i quali si presentavano a quel momento riacutizzati in particolare dal gennaio 2018 in assenza di trauma o sforzo fisico. Gli accertamenti radiologici (RMN del rachide lombare e RX del rachide in toto) mostravano regolare posizionamento dei mezzi di sintesi con regolare allineamento sagittale ed apparente assenza di patologia adiacente. Al consulto precedente era emerso, collateralmente, anche dolore trocanterico sinistro in corso di trattamento con terapia fisica. L'assicurata, per la lombalgia, non ha riferito di benefici da terapia con oppioidi maggiori e nemmeno più dalla terapia fisica, configurandosi quindi un quadro di dolore persistente. Dall'esame obiettivo l'interessata presentava clinicamente una rigidità molto marcata a carico del rachide lombare con dolorabilità alla palpazione. Non erano riscontrabili deficit neurologici agli arti inferiori. La diagnosi era di lombalgia persistente in stato dopo artrodesi L3-S1. Lo specialista l'avrebbe rivista a distanza di un mese con TAC del rachide lombosacrale per valutare lo stato di fusione ossea. Nel frattempo le ha indicato di proseguire con la terapia fisica e di ricondizionamento del rachide lombosacrale. Egli ha concluso ribadendo l'inabilità dell'assicurata di svolgere attività lavorative viste le limitazioni funzionali che presentava. Preso atto di questi due ultimi referti, il 21 marzo 2018 (doc. X/1) il dr. med. _____ ha affermato che "l'attuale documentazione conferma la mia nota del 13.2.2018 con peggioramento clinico da 1.2018.". 2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-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, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il 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). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). 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). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). 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).

2.8. Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute dell'insorgente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno, sostanzialmente dal 3 aprile 2017 in poi, giacché per il periodo precedente, ossia dall'ottobre 2015 e fino a quel momento, l'assicurata non ha contestato le conclusioni tratte dall'Ufficio AI di concessione di una rendita intera (grado AI 100% stante un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività) e ciò fino al 31 luglio 2017, ovvero fino a tre mesi dopo il presunto intervenuto miglioramento delle sue condizioni cliniche. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Su invito del Servizio Medico Regionale, è infatti stata disposta una perizia ortopedica che doveva analizzare l'evoluzione della capacità lavorativa e i limiti funzionali rispetto alla valutazione peritale del Servizio Accertamento Medico del 2014. In effetti, il rapporto peritale pluridisciplinare del 3 giugno 2014 (doc. E) aveva approfonditamente indagato le condizioni di salute della ricorrente in ambito reumatologico, neurologico, oftalmologico e psichiatrico, giungendo alla conclusione che la sua capacità lavorativa come collaboratrice presso il _____ e come cassiera e venditrice era del 50%, da intendere sia come lavoro a tempo pieno con rendimento ridotto nella misura del 50% sia come combinazione tra tempo ridotto e rendimento ridotto. Le limitazioni erano soprattutto a livello reumatologico e in minor misura a livello oftalmologico; le relative incapacità lavorative non andavano sommate, ma integrate così come già nella decisione di rendita di invalidità del 2010. Dal punto di vista strettamente neurologico non sono stati trovati deficit determinanti un'incapacità lavorativa; lo stesso valeva dal lato psichiatrico. Pertanto,

rispetto alla decisione di rendita del 2010, è stata constatata una situazione stazionaria sia dal lato reumatologico che oftalmologico. Come casalinga l'assicurata è stata ritenuta abile all'80%. Anche in attività leggere, che evitassero posizioni statiche prolungate oltre mezz'ora senza la possibilità di sgranchirsi anche solo brevemente o cambiare posizione, che evitassero movimenti ripetitivi con il tronco e posizioni inergonomiche, che non richiedessero una visione stereoscopica binoculare normale, l'assicurata non poteva superare l'attuale capacità lavorativa del 50% a causa della patologia reumatologica. Questa capacità lavorativa era invariata rispetto al 2010. Sulla scorta dei referti medici specialistici dei curanti trasmessigli nel 2016, il 10 ottobre 2016 (doc. 157) il dr. med. _____ dell'SMR ha ritenuto che l'inabilità lavorativa fosse del 100% per tutte le attività dal gennaio 2015 e che si sarebbe protratta fino al mese di dicembre 2016 a seguito dell'intervento di artrodesi L3-S1 del 25 luglio 2016. Per valutare la capacità lavorativa dal gennaio 2017 in poi, è stato richiesto al dr. med. _____, reumatologo curante della ricorrente, un aggiornamento della situazione, il quale ha però affermato il 12 gennaio 2017 (doc. 159) che " Non ho più rivisto la paz. dopo il mio ultimo certificato AI del 13.6.2016. ". A questo punto, come visto, il Servizio Medico Regionale ha disposto una perizia, che è stata affidata al dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, attivo presso la Clinica di Riabilitazione di _____. Lo specialista ha analizzato tutti gli atti medici raccolti dall'Ufficio AI e ha potuto così valutare le condizioni di salute della ricorrente su un arco temporale dal 2005 all'agosto 2016 e, più specificatamente, dall'intervento chirurgico per ernia inguinale del 2005 al rapporto del dr. _____ a 10 giorni dall'intervento di artrodesi combinata anteriore e posteriore L3-S1. Inoltre, l'esperto ha esaminato di persona l'assicurata, addentrandosi nell'anamnesi, nei disturbi soggettivi, nell'esame clinico oggettivo eseguito personalmente, nelle indagini strumentali effettuate in passato e ha posto la diagnosi di sua competenza, traendo infine le proprie conclusioni sulla capacità lavorativa della ricorrente nell'ultima attività di cameriera da _____, in attività adeguate e di casalinga. Alla luce delle considerazioni specialistiche espresse nella perizia, la scrivente Corte ritiene che la problematica alla schiena sia stata chiarita in modo soddisfacente da un esperto in materia, il quale ha fornito una valutazione dettagliata e completa sullo stato di salute dell'assicurata. Pertanto, l'affermazione ricorsuale secondo cui " la perizia di cui al doc. D non ha minimamente tenuto conto della documentazione prodotta dalla ricorrente con l'opposizione 24 agosto 2017 (cfr. doc. M). Pertanto, la perizia 29 maggio 2017 è parziale, in quanto ha considerato unicamente l'ambito ortopedico, senza dare importanza al peggioramento dello stato di salute dell'assicurata " (doc. I punto 14 pag. 8), non può essere tutelata. In primo luogo, occorre qui evidenziare che quanto ha prodotto l'assicurata con le osservazioni al progetto di decisione è successivo, in ordine di tempo, al momento tipico del 6 luglio 2017 in cui è stata proposta l'attribuzione di una rendita intera temporanea, perciò tali documenti sono stati valutati solo in un secondo momento dal Servizio Medico Regionale, e meglio prima dell'emanazione della decisione del 9 gennaio 2018. Il referto del dr. _____ del 21 luglio 2017, su cui la ricorrente basa essenzialmente la sua richiesta di attribuzione di una rendita intera di invalidità, ha certificato che dopo l'intervento del 2016 v'era stato solo un iniziale leggero miglioramento, ma che poi i disturbi sono rimasti costanti. Il TCA osserva, al riguardo, che questa conclusione stride manifestamente con quanto l'insorgente ha invece riferito al perito ortopedico il 3 aprile 2017. Infatti, al capitolo sulla descrizione dei sintomi, il dr. med. _____ ha refertato che " L'assicurata riferisce che da 3 settimane la sintomatologia algica al rachide lombare è diventata simile a quella che era precedente

l'intervento chirurgico del 2016: (...). L'assicurata riferisce che dopo l'intervento chirurgico ha avuto un miglioramento della sintomatologia, miglioramento terminato 3 settimane fa con la ripresentazione della sintomatologia algica lombare: per questo motivo sta assumendo il Sirdalud e un antiinfiammatorio. " (doc. D pag. 10). Pertanto, contrariamente a quanto ha certificato il reumatologo curante, che peraltro, per sua stessa affermazione (doc. 159), non ha più visto l'assicurata per quasi un anno (dalla compilazione del formulario AI del 13 giugno 2016 all'aprile 2017), l'interessata ha beneficiato per otto mesi di una situazione migliore rispetto a prima dell'operazione di artrodesi. Era infatti soltanto da tre settimane prima della visita peritale, e quindi dal mese di marzo 2017, che l'assicurata si era lamentata di una sintomatologia algica al rachide lombare che era ritornata ad essere simile a quella esistente prima del luglio 2016. A questo proposito, l'insorgente ha rimproverato al perito di avere sorvolato sull'annuncio del peggioramento delle sue condizioni di salute. La scrivente Corte, tuttavia, non ritiene di dovere tutelare questa affermazione, in quanto, per contro, il dr. med. _____ ha a tutti gli effetti esaminato la questione e ha chiaramente affermato quanto segue a pagina 15 del suo referto: " La sintomatologia soggettiva lamentata dall'assicurata e insorta nelle ultime 3 settimane e ancora sottoposta a indagine e investigazione medica, ossia dolori continui a fascia a livello del rachide lombare, soprattutto stando ferma nella stessa posizione a lungo, con mobilità ridotta in flessione anteriore ed estensione, lievi dolori notturni, che non permettono all'assicurata di riprendere ed eseguire i normali lavori quotidiani come passare l'aspirapolvere, bagnare i fiori, ecc., sono compatibili con i deficit funzionali riscontrati anche durante l'esame obiettivo e la documentazione radiografica.". Anche la sintomatologia algica denunciata dall'insorgente a livello del rachide cervicale e una non ben chiara sindrome parestetica che giungeva nell'arto sinistro fino alla pianta del piede sinistro con una diminuzione della forza a livello dell'arto inferiore sinistro è stata debitamente vagliata dall'esperto nominato dall'Ufficio AI. Infatti, dall'esame degli atti medici e dalla valutazione personale clinica dell'assicurata, il chirurgo ortopedico ha riscontrato " una condizione verosimilmente sovrapponibile a quel che riguarda la problematica al rachide lombare rispetto alla valutazione reumatologica del Dr. _____ pre-operatoria, presente all'interno della perizia pluri-disciplinare SAM del 03.06.2014, mutata preponderantemente solo da una lieve riduzione del bending laterale (la diminuzione del tempo di latenza nel mantenimento della posizione di lunga durata in piedi e seduta era presente anche prima l'intervento di spondilodesi). " (doc. D pag. 15). In sostanza, dunque, si può affermare che se l'operazione del 25 luglio 2016 ha migliorato le condizioni di salute dell'assicurata, dal mese di marzo 2017 queste ultime sono invece peggiorate e, pertanto, la ricorrente si è ritrovata in una situazione simile a quella preesistente all'intervento di artrodesi. Questo stato delle cose è stato acclarato dal perito sia mediante esame obiettivo dell'assicurata sia documentazione radiografica. Quanto alla nuova sintomatologia algica al ginocchio destro, nessuna documentazione medica al riguardo è stata prodotta né la visita medica effettuata dall'esperto ha oggettivato alcunché. Non si può quindi riconoscere un'influenza sull'abilità lavorativa. Anche l'aspetto psichico evocato dal reumatologo dr. med. _____, il quale il 21 luglio 2017 ha indicato un'esacerbazione della sintomatologia ansioso-depressiva preesistente, è stato compiutamente indagato dall'amministrazione mediante raccolta di informazioni direttamente presso il Servizio psico-sociale di _____ che seguiva l'interessata. Dall'apposito formulario compilato dagli psicologi nel dicembre 2017 emerge infatti che, contrariamente a quanto sostenuto dall'assicurata nel suo ricorso (doc. I punto 14), dal

punto di vista psichico l'episodio depressivo ricorrente, episodio lieve in atto, a quanto loro noto, dall'agosto 2017 (F 33.0), non aveva tuttavia comportato degli impedimenti. Infatti, risultando ben compensata dal profilo psichico, l'insorgente era stata ritenuta abile al lavoro dagli specialisti che la seguivano dal 21 agosto 2017 con colloqui di sostegno psicologico a cadenza quindicinale. Essi hanno altresì precisato che “ Verosimilmente una volta fatta chiarezza sulla problematica finanziaria l'equilibrio psichico si consoliderà maggiormente. ” (doc. 183 punto 1.4) e che “ Se la situazione rimarrà stazionaria riteniamo indicato proseguire con una presa a carico attraverso incontri più diradati rispetto al momento attuale, con l'obiettivo di monitorare la situazione. ” (doc. 183 punto 1.5). Alla luce di queste considerazioni, non si può certo affermare che lo stato di salute dell'assicurata fosse compromesso anche dal profilo psichico a tal punto da impedirle di svolgere un'attività lucrativa. Infine, la frattura vertebrale L4 evocata dal reumatologo curante era già stata implicitamente oggetto di valutazione da parte del dottor _____ nell'aprile 2017, risalendo infatti tale evento a una caduta avvenuta nell'ottobre 2015, tanto che è proprio da quella data che la ricorrente è stata ritenuta inabile al 100% non solo dai medici curanti, ma anche dal perito e quindi dal medico SMR. Da quanto precede discende che la critica ricorsuale di parzialità della perizia del 29 maggio 2017, nel senso di avere considerato unicamente l'ambito ortopedico, può dunque essere respinta, non essendoci alcuna necessità di delucidare ulteriormente la situazione per mezzo di una perizia pluridisciplinare che porti sugli indicati ambiti psichiatrico, reumatologico, neurologico e oftalmologico (doc. I punto 20), essendo lo stato di salute della ricorrente già stato sufficientemente e compiutamente accertato e valutato dal perito ortopedico nominato dall'Ufficio AI. Non va inoltre dimenticato di evidenziare che la circostanza per cui la valutazione sia stata effettuata da un chirurgo ortopedico in luogo e vece di un neurologo e da un reumatologo come invece auspicato in sede giudiziaria dalla ricorrente, non inficia l'esito di tale valutazione. Il Tribunale federale si è già infatti espresso su tale tema nella STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009 (RtiD II-2010 pag. 208), in cui ha ricordato che la problematica in parola può essere validamente esaminata dall'uno come dall'altro specialista (STF 9C_781/2011 del 14 maggio 2012 consid. 3.3.2). In effetti, i confini dell'area di competenza dell'ortopedico e del reumatologo non sono sempre assolutamente netti, ma possono anche sovrapporsi a seconda delle circostanze (STF 9C_856/2010 del 27 giugno 2011 consid. 5.2). Occorre ancora evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; STCA 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA

32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è in sostanza limitata a chiedere di fare allestire dal Servizio Accertamento Medico una perizia pluridisciplinare che valuti il suo stato di salute dal profilo reumatologico, neurologico, psichico e oftalmologico, che determini gli influssi concreti sul grado di invalidità e che ovvi così alla lacunosità del referto del dr. med. _____. L'assicurata non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche di un peggioramento del suo stato di salute rispetto alla valutazione del perito, tale da giustificare le stesse inabilità lavorative stabilite dai suoi medici curanti. Come visto, infatti, i referti dei medici curanti prodotti con il ricorso, eccetto quello del 2018, sono già stati prodotti in occasione della procedura amministrativa e già debitamente vagliati dallo specialista e dal medico del Servizio Medico Regionale prima che l'Ufficio AI rendesse la decisione qui impugnata. La ricorrente si è quindi limitata ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che dall'aprile 2017 sia avvenuto un miglioramento della situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo. Soprattutto, certificati in ambito neurologico, oftalmologico e psichiatrico che attestino validamente di una situazione peggiore rispetto a quella stabilita sia dal dottor _____ sia dalla psicologa (curante) del Servizio psico-sociale di _____ non sono stati prodotti dalla ricorrente. In virtù delle considerazioni esposte, in assenza di nuovi atti medici che mettano in dubbio le conclusioni che ha tratto il perito dal punto di vista somatico, il TCA deve ritenere come completo, chiaro e affidabile il rapporto allestito dal dr. med. _____. In particolare, le sue conclusioni sono state rese dopo un attento esame personale delle condizioni oggettive e quindi su delle valutazioni e constatazioni concrete della capacità lavorativa dell'assicurata non solo nell'attività abituale di cameriera, ma anche dell'abilità residua in altre attività adeguate. Il rapporto del 29 maggio 2017 ha motivato in modo completo ed esaustivo le ragioni per avere concluso a un miglioramento dello stato di salute dell'assicurata successivamente all'intervento del 25 luglio 2016 e a un ritorno, dall'aprile 2017, alla situazione esistente prima dell'operazione di artrodesi L3-S1 e quindi alla capacità lavorativa determinata con la perizia pluridisciplinare del 2014 (50%), che peraltro corroborava il grado definito nel 2010. Pertanto, in assenza di ulteriore documentazione medica specialistica che contraddica le predette chiare conclusioni dell'esperto, non v'è un valido motivo per apportare una modifica alle sue valutazioni delle condizioni di salute della ricorrente con attinenza alla decisione del 9 gennaio 2018 qui impugnata. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurata, così come da essa richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib

229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Alla luce di ciò, la scrivente Corte non può che confermare lo stato di salute della ricorrente così come valutato dal dr. med. _____ nel suo parere del 29 maggio 2017 e ribadito a più riprese dal dr. med. _____ dell'SMR e ciò anche dopo aver preso atto dei referti del dr. med. _____ del 21 luglio e del 14 settembre 2017 e del dr. med. _____ del 22 agosto 2017. Non v'è infatti motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari non ne sono stati trasmessi pendente causa dalla ricorrente. Il dottor _____ ha in effetti avuto modo di pronunciarsi diverse volte sull'intera questione e, soprattutto, ogni volta che l'assicurata trasmetteva nuova documentazione medica all'attenzione della amministrazione, corroborando le conclusioni tratte dal perito secondo cui, in sostanza, dopo un miglioramento avuto con l'operazione del luglio 2016, dall'aprile 2017 la situazione era peggiorata ed era sovrapponibile al quadro clinico rilevato con la perizia del 2014, assestandosi a un'abilità lavorativa del 50%. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dallo specialista intervenuto su mandato dell'Ufficio AI. Per quanto concerne i più recenti referti medici emessi nel 2018 (docc. P, S e T), prodotti con il ricorso e pendente causa, gli stessi non sono atti a sovvertire le conclusioni del Servizio Medico Regionale. Secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, in concreto il 9 gennaio 2018, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento. Di conseguenza, il giudice delle assicurazioni sociali si pronuncia unicamente sulla situazione di fatto prodottasi fino al momento determinante della decisione amministrativa in lite (cfr. fra le tante: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Nel caso concreto, tanto il dr. _____ il 2 febbraio 2018 (doc. P) quanto i dr. _____ e _____ il 16 febbraio 2018 (doc. S), e quest'ultimo ancora il 25 marzo 2018 (doc. T), hanno affermato che da metà gennaio 2018 v'era stato un riacutizzarsi dei sintomi lombari in assenza di trauma o sforzo fisico. Sulla scorta di tali referti, pendente causa (docc. IV/1 e X/1) il dottor _____ ha confermato che un peggioramento clinico con totale incapacità lavorativa v'è stato dal 18 gennaio 2018 e che erano in corso degli accertamenti. Pertanto, essendo gli stessi medici curanti ad affermare che è da metà gennaio 2018 che v'è stato un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente, che ha dato luogo a degli accertamenti radiologici, non è dunque possibile, contrariamente a quanto preteso dalla ricorrente, fare rientrare questa sintomatologia fra la situazione su cui questo Tribunale è chiamato a giudicare con il presente ricorso. Semmai, questo eventuale peggioramento sarà oggetto, come ben rilevato dall'amministrazione, di un nuovo provvedimento nell'ambito di una domanda di revisione. In virtù delle considerazioni esposte, l'aspetto medico stabilito dal perito alla base della decisione dell'Ufficio AI di aumentare al 100% il grado di incapacità lavorativa dell'assicurata unicamente temporaneamente e poi di riportarlo al 50% come stabilito nel 2010 e poi confermato nel 2013 e nel 2014 - in quest'ultimo caso sulla base della perizia pluridisciplinare del SAM del 3 giugno 2014 -, va di conseguenza confermato. 2.9. Per quanto concerne l'aspetto

economico , poiché esso non è stato contestato come tale dall'assicurata (che ha preteso che, sulla base della sua incapacità lavorativa rimasta a suo dire invariata, la rendita intera di invalidità continui ad esserle riconosciuta anche dopo la valutazione peritale del dr. _____), ciò porta il TCA a non verificare oltre il grado di invalidità confermato dall'Ufficio AI nel 2014 (doc. 136) a seguito della domanda di revisione del suo diritto alla rendita, che era sfociata, stante una capacità lavorativa del 50%, nella conferma del diritto alla mezza rendita (grado AI 53%) concesso per la prima volta con la decisione del 3 novembre 2010 (doc. 78).

2.10. In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di aumento provvisorio del diritto alla mezza rendita a una rendita intera AI limitatamente dal 1° aprile 2016 al 31 luglio 2017.

2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico della ricorrente.

2.12. Quest'ultima ha tuttavia chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria facendo valere la sua indigenza essendo al beneficio delle prestazioni complementari all'AI. Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). 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). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". 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). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF

125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini , op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. Infatti, la ricorrente non ha apportato dei certificati medici atti a contrastare le conclusioni tratte dal perito ortopedico e confermate a più riprese dal Servizio Medico Regionale, ma si è limitata a riproporre delle attestazioni tuttavia già presentate in corso della procedura amministrativa e che quindi sia l'esperto nominato dall'Ufficio AI sia il dr. med. _____ avevano già vagliato nel dettaglio e non le avevano ritenute giustificanti un'inabilità lavorativa totale. Le sue condizioni di salute, come esaminato e valutato dal dr. med. _____, erano in effetti tali da potere svolgere al 50% ancora una qualsiasi attività lavorativa adeguata che rispettasse le limitazioni indicate. D'altronde, lo stesso dr. med. _____ aveva ritenuto una capacità lavorativa residua del 25% nella sua valutazione del 14 settembre 2017 (doc. 181), richiestagli dal medico SMR. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria deve essere così respinta.

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