

TI_GERICHTE 32.2019.168 vom 7. August 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-08-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.168

FR: TI_GERICHTE 32.2019.168 du 7 août 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.168 del 7 agosto 2019

Regeste

Rendita limitata nel tempo. Perizia pluridisciplinare SAM. Necessità di una perizia di decorso. Rinvio

Erwägungen

E. 30

consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). 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 dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 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 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5). 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 ex art. 17 LPG (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). L'art. 17 cpv. 1 LPG 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 LPG (DTF 130 V 343 consid. 3.5). 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (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). (STCA 32.2019.137 del 25 maggio 2020, consid. 2.5). 2.4. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle

ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50. (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.). Vedi pure STCA 32.2018.145 del 21 ottobre 2019, consid. 2.3 e la STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.3. 2.5. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA dell'8 luglio 2003 nella causa B., U 259/02, consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È, infine, utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STFA I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV n. 10 pag. 35 consid. 4b). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. CATTANEO, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. CATTANEO, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: *Le perizie giudiziarie*, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; MOSIMANN, *Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la

regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). (STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.4). 2.6. L'Alta Corte ha già stabilito che, se ad una perizia allestita esclusivamente sulla base degli atti dell'incarto può essere riconosciuto valore probante nella misura in cui quest'ultimo contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell'assicurato (cfr. RAMI 1988 U 56, p. 370s. consid. 5b ed il riferimento; " Aktegutachten "), tale giurisprudenza va tuttavia relativizzata quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che una perizia in questo settore della medicina, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 s.; STCA dell'8 agosto 2002 nella causa T., 35.2000.34; STCA 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, consid. 2.9; STCA 32.2005.134 dell'8 maggio 2006; STCA 32.2013.157 del 29 settembre 2014, consid. 2.9; STCA 35.2014.111 del 13 aprile 2015, consid. 2.10; STCA 35.2018.11 del 9 maggio 2018, consid. 2.8; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.5; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.5). 2.7. Per quanto concerne l'aspetto medico, dalle tavole processuali emerge che l'amministrazione ha incaricato il _____ di eseguire una perizia pluridisciplinare (in ambito pneumologico, neuro-chirurgico, reumatologico, neurologico e psichiatrico) ed ha, quindi, acquisito agli atti il relativo rapporto del 27 ottobre 2017 (doc. 118 incarto AI). In tale ambito i medici del _____, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive, e i reperti esami (radiologici, pneumologici, neuropsicologici-psicodiagnostici e valutazione integrata di Rorschach/MMPI-2), avevano sottoposto l'assicurata ad un consulto pneumologico, neurochirurgico, reumatologico, neurologico e psichiatrico. Dal punto di vista pneumologico, l'assicurata è stata sottoposta il 3 maggio 2017 a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e malattie polmonari, che, ha posto la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di BPCO GOLD II con componente enfisematosa su tabagismo attivo. Il perito ha ritenuto che la malattia respiratoria presentava una limitazione teorica unicamente per lavori fisici pesanti; per lavori fisici sedentari leggeri, tenuto conto dei risultati dei test, in particolare del test del cammino dei 6 minuti, non vi sono elementi per confermare un'incapacità lavorativa persistente. Tuttavia ha ritenuto che fosse possibile attendersi un peggioramento della malattia enfisematosa, con - a lungo andare - un'eventuale limitazione della capacità lavorativa, in un'assicurata in cui persisteva in quel momento un tabagismo importante. Dal lato terapeutico ha quindi consigliato vivamente l'interruzione del consumo tabagico (doc. 118, pag. 551-555 incarto AI). Dal punto di vista neurochirurgico, l'assicurata è stata sottoposta il 9 maggio 2017 a una valutazione specialistica da parte della dr.ssa med. _____, specialista FMH in neurochirurgia, che, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di Failed back surgery syndrome con sindrome lombospondilogeno

cronica e dolore neuropatico alla gamba sinistra, in contesto di svariati interventi neurochirurgici, gli ultimi avvenuti nel mese di marzo 2016. Senza influsso sulla capacità lavorativa ha descritto una sindrome cervicale su sinostosi congenita C2-C3. Dal punto di vista valetudinario ha giudicato l'assicurata abile al lavoro nella misura del 40-50% in qualità di venditrice, al 100% per attività di tutrice e per attività adatta. In ambito casalingo la capacità lavorativa risultava essere del 60-70%. Le riduzioni della capacità lavorativa erano da ritenersi valide a partire dall'ottobre 2016, vale a dirsi a distanza di 6 mesi dall'ultimo intervento neurochirurgico come pure dopo riabilitazione stazionaria ospedaliera. La prognosi è stata giudicata molto riservata, la specialista non si aspettava nessun miglioramento clinico, anzi un possibile ulteriore peggioramento. Anche dal lato terapeutico, non si vedevano proposte, che potessero portare con alta probabilità ad un miglioramento della capacità lavorativa dell'assicurata. (doc. 118, pag. 547-550 incarto AI).

Dal punto di vista neurologico, l'assicurata è stata sottoposta il 1° giugno 2017 a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, che, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di radicolopatia S1 a sinistra, algica e con deficit di sensibilità, senza deficit di forza, esiti di molteplici interventi a livello della colonna vertebrale, come pure una possibile radicolopatia minore S1 a destra, algica e con ipoestesia senza deficit di forza, dopo gli avvenuti interventi neurochirurgici del marzo 2016. Il perito non ha potuto effettuare un esame ENG/EMG a causa della forte angoscia dell'assicurata, riguardo a questa procedura; tuttavia il quadro clinico appariva piuttosto chiaro, compatibile anche con gli esiti delle varie risonanze magnetiche lombari, effettuate negli anni e dai riscontri dei vari neurochirurghi. Ha quindi ritenuto, che, per quanto riguarda le conseguenze delle radicolopatie S1 diagnosticate sulla capacità di lavoro dell'assicurata, fosse giustificata in quel momento una capacità lavorativa per motivi neurologici del 40-50% in qualità di venditrice; come tutrice e in lavori adatti da effettuare principalmente in posizione seduta, con possibilità di frequenti cambi di posizione e senza sforzi maggiori, dal lato sempre neurologico, ha valutato una capacità lavorativa dell'80%. Per i lavori casalinghi sussisteva dal lato neurologico una capacità lavorativa del 60-70%. Tali riduzioni delle capacità lavorative, sono state ritenute instaurate all'incirca dall'ottobre 2016, ossia 6 mesi dall'ultimo intervento neurochirurgico dopo la degenza riabilitativa dell'estate 2016. La prognosi non appariva favorevole, difficile immaginarsi un significativo miglioramento dei dolori attuali dell'assicurata in un prossimo futuro, piuttosto si riteneva vi fosse la possibilità di un'ulteriore accentuazione della sintomatologia. (doc. 118, pag. 526-534 incarto AI).

Dal punto di vista reumatologico, l'assicurata è stata sottoposta il 16 maggio 2017 a una valutazione specialistica da parte del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, che, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di quadro di periartropatia omero-scapolare tendinopatica alla spalla destra con sintomatologia d'impingement in stato dopo intervento chirurgico di riparazione del tendine del sovraspinoso e del sottospinoso artroscopicamente nell'ottobre 2013, una rizartriosi a destra in stato dopo intervento chirurgico per dito a scatto al flessore del pollice della mano ds. nell'agosto 2010, un'artrosi femoropatellare a destra ed una sindrome lombare con irradiazione a livello della gamba sinistra, dopo vari interventi neurochirurgici. Senza influsso sulla capacità lavorativa ha rilevato un quadro di periartropatia omero-scapolare tendinopatica della spalla a sinistra, in stato dopo intervento chirurgico nel 2010 per problematica della cuffia dei rotatori, in associazione ad una tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico e di una sindrome cervicale su sinostosi congenita C2-C3. Il reumatologo si è astenuto dal valutare nello specifico i

disturbi a livello della colonna lombare, in quanto l'assicurata sarebbe stata valutata in ambito peritale neurologico e neurochirurgico per tali aspetti. Dal punto di vista medico assicurativo ha giudicato l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% in qualità di venditrice; per quel che riguarda l'attività di tutrice e un'attività adatta la capacità lavorativa era del 100%. In ambito casalingo ha giudicato una capacità lavorativa del 90%. Tali capacità lavorative erano da ritenersi valide a partire dalla valutazione peritale dello specialista, visto e considerato che precedentemente l'assicurata era sempre stata valutata in ambito globale, in particolar modo però in merito ai disturbi alla colonna vertebrale, che lo specialista non aveva in quel momento tenuto in considerazione. Dal lato terapeutico, non ha ritenuto che vi possano essere approcci di tipo chirurgico o di tipo conservativo, che potessero migliorare le condizioni di salute dell'assicurata, così da modificarne anche la sua capacità professionale. (doc. 118, pag. 535-546 incarto AI). Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurata è stata sottoposta il 18 maggio (durata colloquio: 80 minuti) ed il 1° giugno 2017 (durata colloquio: 25 minuti) a una valutazione specialistica da parte della dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che, dopo avere avuto pure un consulto telefonico il 20 giugno 2017 con lo psichiatra curante, dr. med. _____ ed avvalendosi pure degli approfondimenti testali comprensivi di test di Rorschach/MMPI-2 del 12 maggio 2017 eseguiti in ambito di perizia SAM dal dr. med. _____, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di disturbo dell'adattamento (ICD-10 F 43.22). Senza influsso sulla capacità lavorativa ha evidenziato una fobia specifica per i cani (ICD-10 F 40.318) e una fobia specifica per procedure mediche (ICD-10 F 40.232). Dal punto di vista valetudinario ha giudicato assicurata abile al lavoro nelle attività svolte sia di tutrice che di venditrice al 70%. In attività adatta la capacità lavorativa era dell'80%, mentre in ambito casalingo la capacità lavorativa era piena. Le riduzioni delle capacità lavorative dal punto di vista psichiatrico sono state fatte risalire a partire dalla presa in carico psichiatrica, cioè dal 17 giugno 015, con evoluzione in modo stazionario. Dal lato terapeutico ha ritenuto indicato procedere a terapia EMDR, ricorrendo al protocollo GRANT, terapia con anche un'utilità sul dolore cronico. Dal lato farmacologico ha indicato come opportuno evitare le benzodiazepine, preferendo per il quadro d'insonnia dei neurolettici tipici o atipici a bassissimo dosaggio, nel caso di una deflessione ulteriore del sentimento d'insufficienza personale si sarebbe potuto inoltre introdurre della sertralina, risultata efficace anche nei sintomi post-traumatici. Un risultato atteso era sicuramente impedire un peggioramento del quadro psicopatologico, nella maggior parte dei casi era possibile assistere anche ad un miglioramento della sintomatologia psichica. (doc. 118, pag. 510-525 incarto AI). Sentiti quindi tutti i periti coinvolti tramite teleconferenza del 26 ottobre 2017 alle ore 11.45, globalmente, nel rapporto peritale del 27 ottobre 2017 (doc. 118 incarto AI), i medici del _____, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Failed back surgery syndrome con sindrome lombospondilogenica cronica e dolore neuropatico gamba sin., in contesto di: - stato dopo laminectomia L5 e parzialmente S1 bilaterale, foraminotomia del tetto radicolare di S1, discectomia L5-S1 a sin. (6.10.2014), - revisione ferita (10.11.2014), - stato dopo allargamento della laminectomia L5-S1 a sin., re-sequestrectomia L5-S1 a sin, e nuova decompressione della radice Sia sin. (26.1.2015), - stato dopo stabilizzazione posteriore L4-L5 bilaterale ed Si a ds., con laminectomia L4 a sin, e completamento di laminectomia L5-S1 a sin., decompressione delle radici L4, L5 e S1 a sin, con fusione intersomatica sui due livelli (vite S1 a sin, mal posizionata, viene

rimossa ancora durante l'intervento) il 9.3.2016, - stato dopo sostituzione delle viti L4 e L5 a sin., per mal posizionamento e posa di viti in S1 a sin. (STAP L4-L5-S1 a ds. e L4-L5-S2 a sin.), il 14.3.2016. Attuale radicolopatia S1 a sin., algica e con deficit di sensibilità, senza deficit di forza con/su: - molteplici interventi a livello della colonna vertebrale, - attuale possibile radicolopatia minore S1 a ds., algica e con ipoestesia senza deficit di forza. Periartropatia omero-scapolare tendinopatica alla spalla ds. con sintomatologia d'impingement in stato dopo intervento chirurgico di riparazione del tendine del sovraspinoso e del sottospinoso artroscopicamente (ottobre 2013). Rizartriosi a ds. e stato dopo intervento chirurgico per dito a scatto al flessore del pollice della mano ds. (agosto 2010). Artrosi femoro-patellare a ds. Disturbo dell'adattamento (ICD-10 F 43.22). 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Periartropatia omero-scapolare tendinopatica della spalla sin., e stato dopo intervento chirurgico nel 2010 per una problematica della cuffia dei rotatori. Tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico nell'ambito di una sindrome depressiva attualmente in cura. Sindrome cervicale su sinostosi congenita C2-C3. Fobia specifica per i cani (ICD-10 F 40.218). Fobia specifica per procedure mediche (ICD-10 F 40.232). BPCO GOLD II con componente enfisematosa su tabagismo attivo. Ipotiroidismo in trattamento sostitutivo ormonale. Osteopenia/osteoporosi. Iperensione arteriosa trattata. Iperlipidemia trattata.” (doc. 118, pag. 391 e 392 incarto AI) Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, i medici del SAM hanno quindi ritenuto che “ Globalmente l'A. risulta abile al lavoro nella misura del 30% in qualità di venditrice di mercato e del 60% in qualità di tutrice; per attività adatta la capacità lavorativa risulta essere del 70% ” (doc. 118, pag. 46 incarto AI). Per quanto concerne l'attività abituale, i periti del _____ hanno rilevato quanto segue: " Complessivamente l'A. risulta abile al lavoro nella misura del 30% in qualità di venditrice di mercato e nel 60% in qualità di tutrice. In ambito somatico si giudica l'A. capace al lavoro nella misura del 40-50% per attività di venditrice e al 100% per attività di tutrice dal punto di vista neurochirurgico, capace al lavoro al 70% come venditrice e al 100% come tutrice dal lato reumatologico, capace al lavoro nella misura del 40-50% come venditrice e dell'80% in qualità di tutrice dal punto di vista neurologico. Dal lato psichiatrico si giustifica una capacità lavorativa del 70% sia in attività di venditrice che in attività di tutrice. Le capacità lavorative dal lato neurochirurgico e neurologico vengono in parte sommate a quella reumatologica e psichiatrica, tenuto conto che il reumatologo ha valutato altre problematiche a carico dell'apparato osteo-muscolare, astenendosi di giudicare la patologia a carico della colonna lombare, come pure dal lato psichiatrico la problematica psicoaffettiva crea nell'A, deficit funzionali non correlabili a patologia somatica. (...). La capacità lavorativa dell'A. in attività da ultimo svolte è da intendersi come riduzione del rendimento lavorativo. (...). Eventuali pause supplementari vengono conteggiate nella valutazione sopraesposta. (...). La capacità lavorativa complessiva dell'A. in attività da ultimo svolte è da ritenersi valida a partire dal maggio 2017. Per quel che riguarda le problematiche a carico della colonna vertebrale, valutate in ambito neurochirurgico e neurologico, le capacità lavorative ad esse correlate sono da ritenersi valide dall'ottobre 2016, vale a dirsi a distanza di 6 mesi dopo l'ultimo intervento neurochirurgico e dopo il periodo riabilitativo in regime stazionario ospedaliero. Dal punto di vista psichiatrico, la patologia descritta con conseguente riduzione della capacità lavorativa, ha validità a partire dal giugno 2015, vale a dirsi con l'inizio della presa a carico di cura psichiatrica con l'attuale curante. Per quel che riguarda le problematiche descritte dal punto di vista reumatologico, le capacità lavorative ad esse correlate, si ritiene siano

valevoli a partire dal maggio 2017, vale a dirsi a partire dalla valutazione peritale specialistica da parte del Dr. med. _____, in quanto le patologie a carico delle spalle, della mano e del ginocchio, come pure la patologia fibromialgica non sono state valutate nello specifico antecedentemente.” (doc. 118, pag. 398 incarto AI) Per quanto concerne l'attività adeguata, i periti del _____ hanno rilevato quanto segue: " In attività adatta l'A. risulta abile complessivamente nella misura del 70%: tale riduzione della capacità lavorativa è dovuta a patologia neurologica, alla quale si somma parzialmente la problematica psicoaffettiva. In attività adatta, dal lato somatico, si deve tener conto dei vari limiti funzionali descritti sia dal punto di vista neurochirurgico/neurologico, come pure dal lato reumatologico. In particolare si ritiene, che l'A. non sia in grado di sollevare carichi superiori ai 5 kg. Per quel che riguarda possibili lavori di precisione l'A. è limitata alla mano ds. in attività manuali fini, come per esempio il cucito, nel tenere degli oggetti medio-pesanti e nel chiudere ripetutamente la mano, nel lavorare con presa a pinza in modo continuo e ripetuto. Dal lato psichiatrico un'attività adatta è da considerarsi un'attività in un ambiente tranquillo, possibilmente in condizioni non generanti stress, tenuto conto delle limitazioni sopraesposte. Collateralmente, sottolineiamo, che nonostante dal lato pneumologico non vi siano diagnosi con influsso attuale sulla capacità lavorativa, la malattia respiratoria dell'A. presenta una possibile limitazione teorica per lavori fisici pesanti. La limitazione teorica per lavori fisici pesanti è riconducibile ad un'incapacità lavorativa del 100%. (...). La capacità lavorativa dell'A. in attività adatta risulta essere globalmente del 70%, dovuta ad una somma parziale della capacità lavorativa dell'80% dal lato neurologico alla capacità lavorativa sempre dell'80% per patologia psicoaffettiva. (...). La capacità lavorativa globale del 70% dell'A. in attività adatta, è da intendersi come riduzione del rendimento lavorativo. (...). Eventuali pause supplementari vengono conteggiate nella valutazione sopraesposta. (...). La capacità lavorativa globale del 70% dell'A. in attività adatta, è da ritenersi valida, a partire dall'ottobre 2016, vale a dirsi a distanza di 6 mesi dopo ultimo intervento neurochirurgico e dopo periodo riabilitativo in ambito ospedaliero stazionario.” (doc. 118, pag. 398 e 399 incarto AI; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice). Per quanto concerne la reintegrazione professionale, i periti del _____ hanno rilevato quanto segue: " Dal punto di vista medico si ritiene che difficilmente l'A. potrà essere reintegrata nel mondo del lavoro, anche in attività lavorativa adatta, tenuto conto della prognosi piuttosto negativa delle varie patologie dal punto di vista somatico, principalmente riguardo ai disturbi alla colonna vertebrale, per i quali è da attendersi un ulteriore possibile peggioramento della sintomatologia. Anche in un'attività adatta, come potrebbe essere anche l'attività di tutrice a tutt'oggi ancora in atto, si ritiene che tale impiego non sia potenziabile. (...). Indispensabile tenere conto di una prognosi riservata e verosimilmente negativa a medio-lungo termine riguardo le varie problematiche dal punto di vista somatico, in particolare per quanto riguarda i disturbi alla colonna vertebrale. (...). I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso. Nella misura del 70% per attività di venditrice, del 40% per attività di tutrice e del 30% in un'attività adatta. L'A. presenta inoltre una certa difficoltà economica. (...). Dal punto di vista somatico, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A., si valuta sotto i vari aspetti somatici a medio-lungo termine una prognosi sfavorevole, con possibile ulteriore peggioramento della sintomatologia attualmente presentata. Dal lato psichiatrico invece, l'introduzione di una terapia EMDR con modifica della terapia farmacologica, può sicuramente impedire il peggioramento del quadro psicoaffettivo, assistendo possibilmente anche ad un miglioramento della sintomatologia psichica. (...). Non sono state evidenziate

discrepanze tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e le varie Valutazioni cliniche durante le visite specialistiche. In particolare non si descrivono segni di aggravamento né di simulazione.” (doc. 118, pag. 401-403 incarto AI) Nel rapporto finale del 31 ottobre 2017 (doc. 119 incarto AI) il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver ripreso del diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa poste dai periti del _____, ha fissato un'inabilità lavorativa totale dal 12 agosto 2014 al 30 aprile 2017 e del 70% (intesa come riduzione di rendimento) dal 1° maggio 2017 e continua nell'attività abituale rispettivamente un'inabilità lavorativa totale dal 12 agosto 2014 all'11 ottobre 2016 e del 30% (intesa come riduzione di rendimento) dall'12 ottobre 2016 e continua in attività adeguate (doc. 119 pag. 2 incarto AI). Il medico SMR ha puntualizzato un carico massimo di 5 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (inclusa) e nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari. Il medico SMR ha puntualizzato sub “ Ulteriori limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale ”: “ Controindicate eseguire torsioni con la colonna, mansioni braccio destro sopra l'orizzonte, eseguendo movimenti con forza e contro resistenza, come pure il doversi inginocchiare e salire le scale ripetutamente. Facile affaticabilità, sentimenti di colpa con autosvalutazione ”. (doc. 119, pag. 2 e 3 incarto AI). Il medico SMR ha osservato che la prognosi era stazionaria (doc. 119, pag. 3 incarto AI). In seguito, il medico SMR, dr. med. _____, ha visitato l'assicurata in data 10 gennaio 2019 e dal relativo rapporto (doc. 163 incarto AI) si evince quanto segue: " (...). Rispetto alla visita peritale dell'ottobre 2017, si sono accentuate le limitazioni funzionali del rachide con dolori e contratture muscolari diffuse, ipotono ed ipotrofismo muscolare a cingoli e arti. Diagnosi Instabilità segmentaria L4/L5 e L5/S1 con radicolopatia S1 sinistra con: 1. Stabilizzazione (Dr. Pintucci 09.03.2016) con posa di plurime barre L4/L5/S1 a sinistra ed L4/L5 a destra; completamento con laminectomia e neurolisi L4, L4 ed S1 a sin., discectomia e posa di gabbie intersomatiche 2. Sostituzione vite L4 e L5 a sinistra e posa di vite S2 a sinistra (14.03.2016) 3. Ernia discale L5/S1 sintomatica bilateralmente con: discectomia e sequestrectomia L5/S1 a sin. (Dr. _____ 26.01.2015): allargamento della laminectomia L5/S1 a sin. neurolisi di S1 a sin. 4. Decompressione chirurgica (Dr. _____ 06.10.2014) con laminectomia L5 e parziale S1 bilat, foraminotomia del tetto radicolare S1 bilateralmente, discectomia L5/S1 da sin. Frattura patologica di D7/8 con vertebroplastica percutanea (Dr. _____ 06.2018) 1. Minimo stravasamento intraforaminale di cemento a livello D7-D8 2. Minima laminectomia Th7 a destra con asportazione di materiale di cemento dal foramen di coniugazione Th7/Th8 (Dr. med. M. Pintucci 21.07.2018) 3. Biopsie ossee senza segni di tessuto maligno Osteoporosi in trattamento con denosumab semestrale BPCO enfisematosa stadio GOLD 1 B (basso rischio, sintomi gravi) con: - Numerose recrudescenze infettive e non - Tabagismo attivo (49 py) S.me depressiva (lascio i dettagli diagnostici e terapeutici al Dr. med. _____). Fattori di rischio cardiovascolare - Ipertensione arteriosa essenziale lieve-moderata con scarsa tolleranza a tutte le classi di farmaci - Ecocardiografia (17.12.2015) con: cinesi e morfologia normali - Dislipidemia in cura - Diabete mellito tipo II - ENG (Dr. _____ 30.03.2018): non segni di polineuropatia - Doppler TsA (30.03.2018): ateromatosi diffusa non significativa - Tabagismo 49 ply attivo Ipertireosi con radioterapia (2005) attualmente in trattamento sostitutivo Placca sclerotica al III medio della corda vocale di sin. con: - Displasia corde vocali su tabagismo attivo (controllo OBI annuale) - Biopsia (16.01.2012): displasia squamocellulare moderata - Iperreflessia mesofaringea e mucosite endonasale Rottura preinserzionale del sovraspinoso su impingement

sottoacromiale B1L con: - Decompressione sottoacromiale e riparazione dal sovraspinoso destro (31.10.2013 Prof. _____) - Decompressione sottoacromiale e riparazione del sovraspinoso sinistra (2010 Prof. _____) Valutazione/conclusione La situazione dell'Assicurata nel corso degli ultimi mesi è severamente deteriorata sia nelle capacità di funzionamento fisico che psichico. La sua compromissione è tale da rendere nulle le possibilità di un suo recupero lavorativo nell'attività ultima svolta e questo in via definitiva. L'umore è compromesso, ma l'Assicurata non vuole assumere nessun psicofarmaco e la presa a carico della psicopatologia è sporadica.” (doc. 163, pag. 2 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Nel rapporto finale del 10 gennaio 2019 (doc. 162 incarto AI) il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver rilevato che lo stato di salute dell'assicurata era peggiorato dopo le fratture patologiche al rachide, ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Instabilità segmentaria L4/L5 e L5/S1 con radicolopatia S1 sinistra con: 1. Stabilizzazione (Dr. _____ 09.03.2016) con posa di plurime barre L4/L5/S1 a sinistra ed L4/L5 a destra; completamento con laminectomia e neurolisi L4, L4 ed S1 a sin., discectomia e posa di gabbie intersomatiche 2. Sostituzione vite L4 e L5 a sinistra e posa di vite S2 a sinistra (14.03.2016) 3. Ernia discale L5/S1 sintomatica bilateralmente con: discectomia e sequestrectomia L5/S1 a sin. (Dr. _____ 26.01.2015): allargamento della laminectomia L5/S1 a sin. neurolisi di S1 a sin. 4. Decompressione chirurgica (Dr. _____ 06,10.2014) con laminectomia L5 e parziale S1 bilat, foraminotomia del tetto radicolare S1 bilateralmente, discectomia L5/S1 da sin. Frattura patologica di D7/8 con vertebroplastica percutanea (Dr. _____ 06.2018) 1. Minimo stravasamento intraforaminale di cemento a livello D7-D8 2. Minima laminectomia Th7 a destra con asportazione di materiale di cemento dal foramen di coniugazione Th7/Th8 (Dr. med. _____ 21.07.2018) 3. Biopsie ossee senza segni di tessuto maligno Osteoporosi in trattamento con denosumab semestrale BPCO enfisematosa stadio GOLD 1 B (basso rischio, sintomi gravi) con: - Numerose recrudescenze infettive e non - Tabagismo attivo (49 py) S.me depressiva .” (doc. 162, pag. 2 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Il medico SMR ha posto le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Fattori di rischio cardiovascolare - Ipertensione arteriosa essenziale lieve-moderata con scarsa tolleranza a tutte le classi di farmaci - Ecocardiografia (17.12.2015) con: cinesi e morfologia normali - Dislipidemia in cura - Diabete mellito tipo II - ENG (Dr. _____ 30.03.2018): non segni di polineuropatia - Doppler TsA (30.03.2018): ateromatosi diffusa non significativa - Tabagismo 49 ply attivo Ipertireosi con radioterapia (2005) attualmente in trattamento sostitutivo Placca sclerotica al III medio della corda vocale di sin. con: - Displasia corde vocali su tabagismo attivo (controllo OBI annuale) - Biopsia (16.01.2012): displasia squamocellulare moderata - Iperreflessia mesofaringea e mucosite endonasale Rottura preinserzionale del sovraspinoso su impingement sottoacromiale B1L con: - Decompressione sottoacromiale e riparazione dal sovraspinoso destro (31.10.2013 Prof. _____) - Decompressione sottoacromiale e riparazione del sovraspinoso sinistra (2010 Prof. _____).” (doc. 162, pag. 2 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Il medico SMR ha, quindi, fissato una capacità lavorativa nulla dal 28 aprile 2014 al 31 aprile 2017 e del 30% dal 1° maggio 2017 al 31 marzo 2018 e ancora nulla dal 1° aprile 2018 e definitiva (con prognosi stazionaria) nell'attività abituale rispettivamente una capacità lavorativa nulla dal 28 aprile 2017 al 31 aprile 2017 e del 70% dal 1° maggio 2017 al 31 marzo 2018 e ancora nulla dal 1° aprile 2018 al 10 gennaio 2019 e del 40% dall'11 gennaio 2019 (intesa come presenza a tempo pieno con riduzione di rendimento del 60%) con prognosi incerta/dubbia. Il medico

SMR ha puntualizzato un carico massimo di 3 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (inclusa) e nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione, la necessità di pause supplementari (inclusa). Il medico SMR ha puntualizzato sub “ Ulteriori risorse e limiti presenti e disponibili ”: “ Attività amministrativa semplice e ripetitiva ” (doc. 162, pag. 4 incarto AI). Il medico SMR ha osservato che non era da prevedere una revisione (doc. 162, pag. 4 incarto AI). Con annotazione del 26 aprile 2019 il funzionario AI, M. Leone, ha puntualizzato quanto segue: “ Precisazione a riguardo dei periodi di IL/CL indicati sul rapporto finale SMR del 10.01.2019. L’inizio della malattia di lunga durata è il 12.08.2014, come da precedenti valutazioni agli atti e non 28.04.2014, rispettivamente 28.04.2017 come indicato nell’ultimo rapporto (trattasi di errore di battitura). ” (doc. 171 incarto AI). In sede amministrativa, il patrocinatore dell’assicurata ha versato agli atti, in allegato alle osservazioni del 3 giugno 2019 (doc. 179 incarto AI) al progetto di decisione del 30 aprile 2019, il certificato medico del 19 maggio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna (doc. C), il certificato medico del 23 maggio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in neurochirurgia della Clinica _____ di _____ (doc. D) ed il certificato medico del 20 maggio 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. E). In particolare, lo specialista neurochirurgo ha attestato quanto segue: “ (...) scrivo in merito a quanto accaduto negli ultimi due anni, ovvero conseguentemente all’ultima lettera da me redatta nel 2017 e indirizzata all’Ufficio AI di Bellinzona. Posso segnalare che negli ultimi due anni la signora RI 1 è stata sottoposta ad un intervento di vertebroplastica transpeduncolare Th7, Th8, Th9 con una biopsia vertebrale in merito a cedimenti somatici spontanei. La biopsia ha confermato un quadro di osteoporosi ed il quadro algico dorsale derivante dalle fratture non è scomparso del tutto. Va aggiunto inoltre che a seguito di un intervento chirurgico si è presentata una complicazione di un’extravasazione di cemento con conseguente sindrome neuropatica a carico di un nervo intercostale. Questa complicazione ha portato ad una nuova procedura chirurgica di asportazione del cemento extravasato. Purtroppo il decorso clinico dopo questa procedura non ha portato alla risoluzione completa del quadro neuropatico derivante dalla compressione del nervo intercostale. Ci confrontiamo pertanto non solo con le problematiche degenerative del tratto lombare e lombo-sacrale di cui abbiamo già discusso ampiamente in passato, ma anche con una sintomatologia dolorosa medio-dorsale con associata sindrome neuropatica intercostale a destra. Credo pertanto si possa chiara evincere quanto siamo andati incontro ad un chiaro peggioramento delle condizioni cliniche con conseguente disagio anche sul piano psicologico. Spero con questo scritto di aver esposto in maniera concisa, ma altrettanto chiara il peggioramento osservato negli ultimi due anni. (...)” Su richiesta del medico SMR, dr. med. _____, dell’11 giugno 2019 (doc. 180 incarto AI), il 24 giugno 2019 il dr. med. _____, ha puntualizzato quanto segue (doc. 183 incarto AI): “ (...) La summenzionata all’indomani degli eventi patologici somatici di giugno 2018 e delle complicazioni intervenute a seguito dell’intervento neurochirurgico effettuato dal neurochirurgo Dr. _____ che l’hanno messa di fronte ad una importante problematica ortopedica legata alla compromissione del tessuto osseo con conseguente fragilità: strutturale da osteoporosi ad elevato rischio di rottura vertebrale spontanea ha mostrato una marcata angoscia legata alla disattesa della sua aspettativa di miglioramento della propria condizione valetudinaria percependosi come divenuta debole, cedevole e soprattutto vulnerabile essendo a costante rischio di rottura e trovandosi impreparata ad affrontare un percorso riabilitativo in sé difficile da sostenere tenuto conto delle limitazioni fisiche e del sentimento di sfiducia nelle proprie possibilità di ripresa. Il

tutto vissuto come un fatto in se sul quale si rendeva conto di non poter più contare su di una capacità di presa e di resa l'ha portata a gravitare in uno spazio psicologico chiuso nel quale ha visto tramontare tutte le sue speranze di un futuro migliore. Posta di fronte alla impietosa realtà della irreversibilità della sua malattia la paziente ha dunque palesato una sofferenza depressiva di media gravità causata da un lato dall'esito infruttuoso delle terapie messe in atto e dall'altro dal venir meno della possibilità di coronamento delle sue pulsioni desiderative. Per la patologia di ordine psichiatrico di cui è affetta ritengo che alla paziente sia da riconoscere una IL del 50% e rispettivamente una CL del 50% in attività adatta. (...)". Nell'annotazione del 2 luglio 2019 (doc. 182 incarto AI) il medico SMR, dr. med. _____ ha osservato quanto segue: " La perizia _____ dell'ottobre 2017 ha definito una IL del 70% e del 30% rispettivamente in attività ultimo svolta e confacente. La successiva visita presso il SMR del gennaio u.s. ha riconosciuto un netto peggioramento, del quadro clinico complessivo con unicamente una esigibilità lavorativa in attività confacente del 40%. A conforto di tale nostra valutazione e dopo le osservazioni al progetto abbiamo pure interpellato il dr. _____ con delle domande specifiche riguardo la misura della residua CL, il quale ci ha precisamente indicato il 50%, per cui reputiamo la nostra valutazione dello scorso gennaio con una IL 60% (per cui maggiore) corretta. La non erogazione di una rendita non deriva dunque dall'aspetto medico che è stato giudicato globalmente nella giusta misura e ben ponderato, ma deriva dalla componente economica, che non permette alla signora RI 1 di raggiungere un GI superiore al 35%, sebbene la IL sia molto superiore." Con annotazione del 17 luglio 2019 il funzionario AI, _____, ha puntualizzato quanto segue: " Tenuto conto della presenza di diagnosi psichiatriche, si chiede una presa di posizione anche del medico psichiatra SMR." (doc. 184 incarto AI) Con annotazione del 18 luglio 2019 il medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha osservato quanto segue: " Confermo la presa di posizione del Dr. _____ del 2 luglio u.s." (doc. 185 incarto AI). Davanti al TCA il patrocinatore dell'assicurata ha versato agli atti il certificato medico del 10 settembre 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna (doc. C) ed il certificato medico del 16 settembre 2019 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. D). In particolare, lo specialista psichiatra ha attestato quanto segue: " (...) clinicamente si è reso manifesto nei termini di una sofferenza depressiva di medio-grave intensità con una incapacità lavorativa psichiatrica che ho stimato nella misura del 50% in attività adeguata nel mese di giugno di quest'anno e che successivamente a seguito di un ulteriore peggioramento è andata ulteriormente evolvendosi nel senso di una riduzione della capacità lavorativa fino a risultare inferiore al 40%." Nell'annotazione del 9 ottobre 2019 (doc. IV-1) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " Riguardo la definizione della capacità lavorativa residua in una attività adeguata definita al 40% (dal 70%) nel gennaio 2019 dopo la visita SMR, essa è stata attentamente valutata con confronto del quadro clinico e funzionale somatico emerso nel contesto della perizia multidisciplinare del 27 ottobre 2017, inasprendo inoltre le limitazioni funzionali e per la parte psichiatrica richiedendo informazioni al dr. Mari (vedi risposta del 24 giugno 2019). Come venditrice è emersa dopo tale visita una IL totale, avendo tenuto in debita considerazione le valutazioni dei medici curanti. Per cui la nostra valutazione risponde ai criteri in ambito di esigibilità lavorativa secondo gli attuali criteri di medicina del lavoro. Il rapporto del dr. _____ del 10 settembre 2019 riprende questioni note e non apporta alcun nuovo elemento clinico; il rapporto del dr. _____ del 12 settembre 2019 indica un peggioramento clinico e funzionale della sfera psichica da appurare, tuttavia risulta posteriore alla decisione resa,

quindi occorre far valere un peggioramento con nuova domanda.” Il 22 ottobre 2019 il dr. med. _____, ha puntualizzato quanto segue (doc. E): " (...) ricollegandomi a quanto riportato nei mio rapporto del 12.09.2019 e in modo particolare al riferito peggioramento della condizione clinica della paziente le rendo noto che questo l'ho potuto riscontrare nell'ambito della constatazione effettuata in occasione della visita del 25.07.2019 durante la quale ho evidenziato un ulteriore incremento della sintomatologia ansioso depressiva correlata alla percezione di una diveniente condizione di sfaldamento della propria integrità corporea e di riduzione delle resistenze alla luce di una sostanziale non rispondenza ai provvedimenti terapeutici messi in atto, elementi clinici di cui avrei avuto poi una conferma anche in occasione delle successive visite avvenute in data 20.08.2019 e 03.09.2019.” Il 30 gennaio 2020 (doc. X) il patrocinatore dell'assicurata ha versato agli atti svariata documentazione medica relativa alla problematica riguardante la spalla sinistra dell'assicurata sfociata nell'intervento chirurgico del 24 gennaio 2020 a seguito di una recidiva di rottura del sovraspinoso e del sottospinoso della spalla sinistra (doc. F-L). Il 3 febbraio 2020 (doc. XII) il patrocinatore dell'assicurata ha versato agli atti il certificato medico del 30 gennaio 2020 (doc. M) del dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, che ha attestato quanto segue: " (...) Nel corso del 2019 lo stato clinico è ulteriormente peggiorato. Tale progressione è da imputare alla rottura dei muscoli sovraspinato e sottospinato della spalla di sinistra che l'hanno condotta ad un ulteriore intervento chirurgico di ricostruzione eseguito il 24.01.2020. A questo si associa la progressiva involuzione trofico-funzionale del rachide cervicale. La risonanza magnetica della spalla sinistra eseguita l'11.02.2019 documenta, e data, la severità del danno mentre le valutazioni cliniche successive gli inutili tentativi di trovare una soluzione conservativa. Tutto questo, memori del suo stato di salute globale già decaduto, ha inesorabilmente determinato una sua ulteriore involuzione e con esso delle sue modeste capacità funzionali e lavorative nonché del suo tono psichico e affettivo.” Nell'annotazione del 5 febbraio 2020 (doc. XIV-1) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " La suddetta documentazione non è atta a modificare la valutazione medica eseguita prima dell'emanazione della decisione impugnata senza che si sia assistito ad un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurata. Il peggioramento dello stato di salute dell'Assicurata interviene però successivamente da novembre 2019”. Nell'annotazione del 7 febbraio 2020 (doc. XIV-2) il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " Anche la nuova e retroattiva certificazione medica del 30 gennaio 2020 non è atta a modificare la valutazione medica eseguita prima dell'emanazione della decisione impugnata senza che si sia assistito ad un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurata. Il peggioramento dello stato di salute dell'Assicurata interviene però successivamente da novembre 2019 (RM 22.11.2019) che condurrà successivamente all'OP.” 2.8. Nella presente fattispecie con la decisione avversata l'UAI ha riconosciuto all'assicurata una rendita intera di invalidità (grado di invalidità: 100%) dal 1° agosto 2015 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI) fino al 31 luglio 2017 (tre mesi dopo l'oggettivazione di un'esigibilità lavorativa in attività adeguate - art. 88a cpv. 1 OAI), stabilendo un grado di invalidità nullo e nuovamente una rendita intera di invalidità (grado di invalidità: 100%) dal 1° aprile 2018 fino al 30 aprile 2019 (tre mesi dopo l'oggettivazione di un'esigibilità lavorativa in attività adeguate e il recupero di una capacità di guadagno - art. 88a cpv. 1 OAI), stabilendo un grado di invalidità del 36% (doc. 186 e 188 incarto AI). L'amministrazione ha indicato di essersi fondata sul rapporto finale del 10 gennaio 2019 (doc. 162 incarto AI) e sull'annotazione del 2 luglio 2019 (doc. 182 incarto AI) del medico SMR, dr. med.

_____, e sull'annotazione del 18 luglio 2019 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 185 incarto AI), precisando, in particolare, quanto segue: " (...). Dall'esame di tutta la documentazione medico-specialistica acquisita agli atti, il nostro Servizio Medico Regionale ha potuto accertare le seguenti incapacità lavorative: - nell'attività abituale di venditrice al mercato / gestione di un negozio di abbigliamento e accessori: 100% dal 12.08.2014 70% dal 01.05.2017 100% dal 01.04.2018 - in attività adeguate allo stato di salute e rispettose di tutte le limitazioni funzionali: 100% dal 12.08.2014 30% dal 01.05.2017 100% dal 01.04.2018 60% dal 11.01.2019 Le incapacità lavorative sono da intendersi come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata di lavoro." (doc. 186, pag. 1 incarto AI) Il TCA osserva che dalle tavole processuali emerge che l'assicurata è stata peritata dal _____ (in ambito: pneumologico, neurochirurgico, reumatologico, neurologico e psichiatrico) nei giorni del 3, 9, 12, 16, 18 maggio nonché 1° giugno 2017 (cfr. perizia _____ del 27 ottobre 2017 di cui al doc. 118, pag. 1 incarto AI). In quell'occasione i periti del _____ hanno precisato che, dal punto di vista somatico, indipendentemente dal grado di motivazione dell'assicurata, si valutava sotto i vari aspetti somatici a medio-lungo termine una prognosi sfavorevole, con possibile ulteriore peggioramento della sintomatologia attualmente presentata mentre, dal lato psichiatrico, invece, l'introduzione di una terapia EMDR con modifica della terapia farmacologica, avrebbe potuto sicuramente impedire il peggioramento del quadro psicoaffettivo, assistendo possibilmente anche ad un miglioramento della sintomatologia psichica (doc. 118, pag. 403 incarto AI). In seguito, nel corso del 2018, l'assicurata è stata sottoposta ad un intervento di vertebroplastica transpeduncolare Th7, Th8, Th9 con una biopsia vertebrale, che ha confermato un quadro di osteoporosi, in merito a cedimenti somatici spontanei. A seguito dell'intervento chirurgico si è presentata una complicazione di un'extravasazione di cemento con conseguente sindrome neuropatica a carico di un nervo intercostale che ha portato, sempre nel corso del 2018, ad una nuova procedura chirurgica di asportazione del cemento extravasato. Il decorso clinico non sembrerebbe avere portato alla risoluzione completa del quadro neuropatico derivante dalla compressione del nervo intercostale. L'assicurata presenterebbe, quindi, le problematiche degenerative del tratto lombare e lombo-sacrale, ma anche con una sintomatologia dolorosa medio-dorsale con associata sindrome neuropatica intercostale a destra (cfr. certificato medico del 23 maggio 2019 del dr. med. _____, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7). Rispetto alla perizia _____ del 27 ottobre 2017, anche la problematica psichiatrica dell'assicurata ha subito un peggioramento, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7. A questo proposito il TCA osserva di tenere conto dei certificati medici indicati al consid. 2.7, nella misura in cui fanno riferimento ad una situazione clinica dell'assicurata anteriore alla decisione dell'UAI e dunque, sono rilevanti nella presente procedura. Giova qui difatti ricordare che, 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 e, quindi, in concreto il 7 agosto 2019. Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un 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; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). In questo contesto è pure utile ricordare che, a fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie

non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). Nell’ambito della perizia del _____ del 27 ottobre 2017, i periti del _____ avevano puntualizzato che, la capacità lavorativa dell'assicurata, in attività adatta risultava essere globalmente del 70%, dovuta ad una somma parziale della capacità lavorativa dell'80% dal lato neurologico alla capacità lavorativa sempre dell'80% per patologia psicoaffettiva (doc. 118, pag. 399 incarto AI). In siffatte circostanze, il rapporto finale del 10 gennaio 2019 (doc. 162 incarto AI), lo stringato rapporto di visita medica SMR (doc. 163 incarto AI) e l’annotazione del 2 luglio 2019 (doc. 182 incarto AI) del medico SMR, dr. med. _____, come pure l’annotazione del 18 luglio 2019 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 185 incarto AI; che non ha peraltro avuto nessun colloquio personale con l'assicurata: cfr. consid. 2.6) non sono sufficienti per concludere, in particolare, che la ricorrente - definitivamente inabile al lavoro nell’attività abituale dall’11 aprile 2018 - presenta dall’11 gennaio 2019 una capacità lavorativa residua del 40% (presenza al 100% con riduzione del rendimento del 60%) in attività adeguate, secondo le limitazioni funzionali ivi indicate, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7. Dagli atti dell’incarto emerge pertanto la necessità di una valutazione di decorso dello stato di salute dell’assicurata da parte dei periti del _____. Stante quanto precede, non consentono di giungere ad una diversa conclusione neppure le svariate annotazioni agli atti del medico SMR, dr. med. _____, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7. Analogamente a quanto valutato dall’Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non può, quindi, fondare il proprio giudizio sul rapporto finale del 10 gennaio 2019 (doc. 162 incarto AI) e sull’annotazione del 2 luglio 2019 (doc. 182 incarto AI) del medico SMR, dr. med. _____, come pure sull’annotazione del 18 luglio 2019 del medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 185 incarto AI). In siffatte circostanze all’UAI incombeva, dunque, prima di emettere la decisione impugnata il 7 agosto 2019 (che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3; STCA 32.2018.169 del 20 agosto 2019, consid. 2.4), accertare in maniera completa ed esaustiva quale fosse il reale stato di salute dell’assicurata sia dal profilo somatico sia dal profilo psichiatrico (in particolare, con riferimento all’evolversi delle patologie di cui era affetta). In particolare, l’amministrazione avrebbe dovuto incaricare il _____ di eseguire una perizia di decorso. Non avendolo fatto, gli atti devono essere rinviati all’amministrazione affinché ponga rimedio alle proprie mancanze per l’allestimento - previo aggiornamento degli atti medici dal profilo somatico e psichiatrico - di una perizia di decorso del _____, prima di emettere una nuova decisione relativa al diritto alla rendita della ricorrente. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in

precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente anziesposte, ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto l'accertamento peritale di decorso necessario al fine di chiarire lo stato di salute dell'assicurata e le sue conseguenze sulla sua capacità lavorativa nell'attività abituale, in attività adeguate e quale casalinga, come pure sulla sua reintegrazione professionale. Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'UAI per l'allestimento - previo aggiornamento degli atti medici dal profilo somatico (tenuto conto dei doc. F-M versati agli atti in questa sede) e psichiatrico - di una perizia di decorso del _____, in cui gli specialisti coinvolti procederanno, come di consueto, ad una discussione globale. Giova qui difatti ribadire che, a fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie (come nel caso di specie) non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). Per quel che riguarda invece l'aspetto psichiatrico, il TCA sottolinea che la capacità lavorativa dell'assicurata dovrà essere valutata nell'ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). È qui pure utile sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). 2.9. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare

in questa sede la fattispecie con riferimento alle ulteriori censure ricorsuali (in particolare, che l'assicurata non sarebbe, in ogni caso, reintegrabile nel mondo del lavoro e che, nel caso di specie, andrebbe comunque considerata una deduzione sociale del 20% per tenere debitamente conto anche della sua età, quasi 61enne, e del grado occupazionale parziale: cfr. doc. I, pag. 13 e 14) sollevate dal patrocinatore in questa sede. Tali questioni dovranno essere affrontate se e quando dovesse emergere che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.13). Va ancora rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma (cfr. consid. 1.11 e 2.1) del diritto a una rendita intera di invalidità dal 1° agosto 2015 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI) al 31 luglio 2017 e dal 1° aprile 2018 al 30 aprile 2019, non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; cfr. STCA 32.2017.20 dell'8 settembre 2017, consid. 2.13 e rinvii ivi citati; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.8 e rinvii ivi citati e STCA 32.2018.168 del 14 agosto 2019, consid. 2.9 e rinvii ivi citati). 2.10. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.7-2.9), il TCA rinuncia anche all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, all'esperimento di una " perizia medica interdisciplinare volta a valutare il quadro clinico dell'interessata, le capacità lavorative residue ed il relativo grado di invalidità " (cfr. doc. I, pag. 13) Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti. 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 fr. 200.- e l'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). In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese per fr. 500.- vanno messe a carico dell'UAI che verserà fr. 2'500.- alla ricorrente a titolo di ripetibili.

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