

## **TI\_GERICHTE 32.2019.170 vom 30. Juli 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-07-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.170)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.170 du 30 juillet 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.170 del 30 luglio 2019

### **Regeste**

Rendita limitata nel tempo. Rinvio ad amministrazione per esperimento perizia (psichiatrica e reumatologica) di decorso e discussione globale tra gli specialisti in questione. Su base aggiornamento medico somatico, UAI dovrà valutare se procedere o meno ad una valutazione peritale neurologica

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti; STCA 32.2018.3 del 30 gennaio 2019, consid. 2.2; STCA 32.2018.191 del 4 novembre 2019; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.1; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.3). Nel caso di specie non è comunque giustificato rinviare la causa all'amministrazione, dal momento che una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (cfr. STF 8C\_559/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.1), per i motivi qui di seguito esposti. nel merito 2.2. Il TCA è chiamato a stabilire se l'UAI ha correttamente, o meno, riconosciuto all'assicurata una rendita intera dal 1° dicembre 2014 (alla scadenza dell'anno d'attesa), con versamento dal 1° febbraio 2016 (a fronte di una richiesta tardiva), ridotta ad un quarto di rendita (grado AI: 44%) dal 1° aprile 2016, limitata al 31 ottobre 2018, a fronte di un grado di invalidità del 24%. Preliminarmente il TCA rileva che il patrocinatore dell'assicurata non contesta - a ragione - che la prestazione vada versata dal 1° febbraio 2016 (ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta del 16 luglio 2015, pag.1-14 incarto AI, pervenuta all'amministrazione il 3 agosto 2015, pag. 16-17 incarto AI) a fronte di una domanda tardiva (cfr. art. 29 cpv. 1 LAI). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (SCARTAZZINI, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al

guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 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). 2.4. 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 LPGGA (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 LPGGA 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 LPGGA (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 e STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.3). 2.5. 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'affezione 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, STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.3 e STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.4. 2.6. 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.

## **E. 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; 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; 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/RSAS 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 e STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.5). 2.7. L'Alta Corte ha 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 e STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.6). 2.8. Nella presente fattispecie con la decisione avversata l'UAI ha riconosciuto all'assicurata una rendita intera dal 1° dicembre 2014 (alla scadenza dell'anno d'attesa), con versamento dal 1° febbraio 2016 (a fronte di una richiesta tardiva), ridotta ad un quarto di rendita (grado AI: 44%) dal 1° aprile 2016, limitata al 31 ottobre 2018 (grado AI: 24%), ritenendola inabile al lavoro, nell'attività abituale di "tuttofare presso una

pizzeria”, al 100% dal 15 dicembre 2013 al 31 dicembre 2015 e al 50% dal 1° gennaio 2016 e continua rispettivamente, in attività adeguate, al 100% dal 15 dicembre 2013 al 31 dicembre 2015 e al 50% dal 1° gennaio 2016 al

## **E. 25**

luglio 2018 e al 20% dal 26 luglio 2018 e continua. Per quanto concerne l'aspetto medico, l'amministrazione si è fondata, in particolare, sul rapporto finale del 25 marzo 2019 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 513-516 incarto AI), che, sulla base della documentazione medica agli atti (in particolare, la perizia reumatologica del 26 ottobre 2016 - pag. 87-98 incarto AI - e il complemento dell'11 ottobre 2017 - pag. 351 incarto AI - del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e reumatologia e la perizia psichiatrica del 21 novembre 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ - pag. 460-484 incarto AI-), ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Episodio depressivo di media gravità evoluto ora in quadro lieve (ICD10:F32.0); Sindrome da dolore con fattori sbrnatici e psichici (ICD10:F45.41)" e le ulteriori diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Sindrome cervicospondilogenica cronica con/su: - disbalance muscolare - alterazione degenerativa protrusione erniaria C5-C6 con uncartrosi e restringimento del neuroforamen di sinistra, protrusione medio laterale sinistra C6-C7 e 03-C4, uncartrosi diffusa Dolori e limitazione alla spalla destra su componente posturale e miofasciale: - artro risonanza / artrografia del 02.10.2018: fenomeni degenerativi dell'articolazione acromin-claveare con ispessimento della capsula ma non importanti segni per sofferenza flogistica acuta. Ispessimento della sinovia intrarticolare specie nel recesso sotto coracoideo per fenomeni infiammatori articolari. Degenerazione della porzione intrarticolare del capolungo del bicipite e dello SLAP. Possibile lassità legamentosa con rotazione postero-laterale rispetto alla glena scapolare, a fenomeni degenerativi del cercine glenoideo con irregolarità da possibile sofferenza cronica del profilo posteriore. Sindrome lombospondilogenica cronica con/su: - insufficienza muscolare in rapporto al peso - moderate alterazioni degenerative con discopatia L2-L3, protrusione discale L5-S1 paramediana destra." e le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di: " Adiposità Tiroidite cronica autoimmune di Hashimoto paucisintomatica." (pag. 513 incarto AI). Il medico SMR ha considerato l'assicurata inabile al lavoro, nell'attività abituale di " tuttofare con prevalenza di aiuto cucina ", al 100% dal 15 dicembre 2013 al 31 dicembre 2015 e al 50% dal 1° gennaio 2016 e continua (presenza e riduzione rendimento) rispettivamente, in attività adeguate, al 100% dal 15 dicembre 2013 al 31 dicembre 2015 e al 50% dal 1° gennaio 2016 al 25 luglio 2018 e la 20% dal 26 luglio 2018 e continua (presenza e riduzione di rendimento; pag. 514 incarto AI). Il medico SMR ha poi stabilito l'esigibilità lavorativa (carico massimo: 10 kg; alternanza della postura al bisogno inclusa; nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione; necessità di pause supplementari inclusa: pag. 514 incarto AI)." Quali "Ulteriori limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale" il medico SMR ha indicato: " Per i limiti psichici un'attività adeguata dovrebbe essere un'attività semplice, ripetitiva che non necessiti di flessibilità nelle procedure e negli orari CL 80% in attività abituale ed adeguata CL 90% nelle attività domestiche Per gli aspetti reumatologici un'attività adeguata dovrebbe prevedere limite di peso mobilizzabile fino a 10Kg in maniera occasionale, possibilità di variare la postura, prevalentemente lavorare in posizione seduta, non lavori in flessione o con iperestensione del collo, non lavori sopra il limite delle spalle. CL 50% in attività abituale. CL 100% in attività adeguata e per le funzioni domestiche con il rispetto dei limiti descritti. Rispetto alla cumulabilità della IL psichiatrica/reumatologica, le limitazioni

psichiatriche appaiono integrabili sia nell'attività abituale che confacente in quanto i limiti funzionali di ridotta persistenza e flessibilità sono già inclusi nella valutazione reumatologica di riduzione di rendimento.” (pag. 515 incarto AI) Il medico SMR quale “ Prognosi evoluzione capacità lavorativa ” ha indicato: “ consolidata ” (pag. 515 incarto AI). Quali “ Osservazioni conclusive ” il medico SMR ha indicato: " Per gli aspetti osteo-articolari l'Assicurata non mostra un peggioramento delle condizioni generali clinico/funzionali ma piuttosto un quadro di stazionarietà/resistenza alle terapie. In atto (al momento della stesura di questo RAF) l'Assicurata risulta ricoverata per un periodo di riabilitazione presso la Struttura di Novaggio per un ulteriore periodo di riabilitazione nel contesto di un percorso finalizzato al recupero funzionale completo. Le nuove certificazioni sia ortopediche che psichiatriche si giudicano come una diversa valutazione di un medesimo stato clinico. RDU del caso tra due anni.” (pag. 515 incarto AI) L'amministrazione si è fondata pure sulle annotazioni del 13 e del 16 maggio 2019 e del 17 giugno 2019 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 532, 545 e 566 incarto AI) e l'annotazione del 12 luglio 2019 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, (pag. 587 incarto AI), con cui i precitati medici SMR hanno confermato il precedente rapporto finale SMR del 25 marzo 2019 (pag. 513-516 incarto AI). 2.9. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA non può approvare l'operato dell'UAI, in quanto il rapporto finale SMR del 25 marzo 2019 (e le successive annotazioni del 16 maggio 2019 e del 17 giugno 2019 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ e l'annotazione del 12 luglio 2019 del medico SMR, dr. med. Prolo) non sono sufficienti per concludere che RI 1, in attività adeguate, è abile allo 0% dal 15 dicembre 2013 al 31 dicembre 2015 e al 50% dal 1° gennaio 2016 al 25 luglio 2018 e all'80% dal 26 luglio 2018 e continua (presenza e riduzione di rendimento). Innanzitutto il TCA non ha motivo di scostarsi da quanto già accertato nella STCA 36.2016.61 del 6 marzo 2017, e più precisamente che l'assicurata, dal 1° giugno 2014 era incapace al lavoro al 100% nella sua precedente attività di tuttofare, mentre era capace al lavoro al 100% in attività semplici e ripetitive confacenti al suo stato di salute con le limitazioni indicate dal dr. med. \_\_\_\_\_ dapprima e dal dr. med. \_\_\_\_\_ in seguito; al più presto dal 17 novembre 2015 l'assicurata è stata incapace al lavoro al 50% in qualsiasi attività a causa della patologia psichiatrica; l'assicurata è inoltre stata completamente inabile al lavoro durante la degenza presso la Clinica di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 24 gennaio 2016 al 20 febbraio 2016 e poi fino al 27 marzo 2016 (cfr. consid. 1.4). Secondariamente il TCA osserva che, dalle tavole processuali emerge che - successivamente alla perizia reumatologica del 26 ottobre 2016 (pag. 87-98 incarto AI) e al complemento dell'11 ottobre 2017 (pag. 351 incarto AI) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e reumatologia e alla perizia psichiatrica del 21 novembre 2018 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (pag. 460-484 incarto AI-) - l'assicurata ha versato agli atti svariata nuova documentazione medica dal profilo somatico e psichiatrico, per lo più specialistica, relativa al periodo precedente alla decisione avversata del 30 luglio 2019 che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1). Tra di essa spiccano, in particolare, lo scritto del 20 febbraio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (pag. 506 incarto AI), lo scritto del 28 febbraio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (pag. 507 incarto AI), la lettera ambulatoriale del 1° marzo 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e reumatologia, caposervizio della Clinica di riabilitazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (pag. 508-511 incarto AI), lo scritto dell'8 aprile 2019 del Servizio di

psichiatria e psicologia medica di \_\_\_\_\_ (pag. 536 e 537 incarto AI), la lettera d'uscita del 17 aprile 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 538-542 incarto AI), lo scritto del 29 maggio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 561 incarto AI), il referto della RM colonna cervicale nativa del 20 maggio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 563 incarto AI) e lo scritto del 3 luglio 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (pag. 583-584 incarto AI). Alla luce di tale documentazione l'amministrazione avrebbe dovuto concludere, su indicazione del proprio SMR, per la necessità di un complemento peritale - psichiatrico e reumatologico - di decorso. Tale decisione appariva tanto più giustificata, considerato che gli specialisti (reumatologo e psichiatra) che hanno peritato l'assicurata non hanno mai effettuato una discussione globale. Nella valutazione psichiatrica del 21 novembre 2018, la perita psichiatra ha difatti indicato quanto segue: " Rispetto alla cumulabilità della IL psichiatrica/reumatologica, le limitazioni psichiatriche appaiono integrabili sia nell'attività abituale che confacente in quanto i limiti funzionali di ridotta persistenza e flessibilità sono già inclusi nella valutazione reumatologica di riduzione di rendimento " (cfr. pag. 484 incarto AI). Tale indicazione è stata poi riportata dal medico SMR nel rapporto finale del 25 marzo 2019 (cfr. pag. 515 incarto AI). Tuttavia, 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 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.). Il TCA rileva che le annotazioni dei medici SMR, in particolare, quelle del 13 maggio 2019 (pag. 532 incarto AI: " Le certificazioni mediche presentate non modificano le conclusioni del RAF, le stesse attestano una IL del 100% ma non oggettivano uno stato clinico diverso o peggiorato né affermano nuove diagnosi. Si confermano le conclusioni del RAF. ") e del 16 maggio 2019 (pag. 545 incarto AI: " La documentazione prodotta agli atti non modifica le conclusioni del RAF, l'Assicurata è già stata valutata in sede peritale (21.11.2018 perizia psichiatrica). Nelle certificazioni non viene attuato un confronto con quanto visto e valutato dai periti e tantomeno non viene stabilito un grado di IL. In considerazione di tanto si ritiene giustificato considerare quanto riportato nelle ultime certificazioni come una diversa valutazione di un medesimo stato clinico. ") e del 17 giugno 2019 (pag. 566 incarto AI: " La nuova documentazione presentata agli atti non modifica le conclusioni del RAF, la percentuale del 20% in attività adeguata contempla i limiti funzionali che scaturiscono dalle limitazioni alla colonna cervicale, limitazioni comunque note e già considerate nella valutazione ") del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ - che è specialista FMH in medicina generale - e l'annotazione del 12 luglio 2019 (pag. 587 incarto AI: " Ho preso visione di un certificato generico di inabilità lavorativa del Dr. \_\_\_\_\_ del 01.07.2019 privo di indicazione di status, diagnosi e prognosi. Ho preso visione di un certificato dello psichiatra Dr. \_\_\_\_\_ del 03.07.2019, il quale riporta lo stesso apprezzamento già espresso dal precedente curante Dr. \_\_\_\_\_ il 20.02.2019 oggetto di analisi con il rapporto SMR finale del 25.03.2019. In conclusione, in assenza di nuove informazioni, rispettivamente modificazioni significative di fatti medici noti, rimangono valide le precedenti prese di posizione SMR. ") del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ - che, tuttavia, non ha mai avuto

alcun colloquio personale con l'assicurata (cfr. consid. 2.7) - non consentono di giungere ad una conclusione differente. Dagli atti dell'incarto emergeva (ed emerge), pertanto, la necessità di una valutazione psichiatrica e reumatologica di decorso dello stato di salute dell'assicurata e di una discussione globale tra gli specialisti in questione, come esatto dalla giurisprudenza federale. 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 SMR del 25 marzo 2019 (pag. 513-516 incarto AI). 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 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 specialistico di decorso in ambito psichiatrico e reumatologico e di una discussione globale tra gli specialisti in questione. 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 e psichiatrico (tenuto conto anche della svariata documentazione medica specialistica versata agli atti in questa sede dal patrocinatore della ricorrente: cfr., in particolare, quella relativa all'operazione alla spalla destra del 7 ottobre 2019 ed al relativo decorso post-operatorio, all'operazione alla spalla sinistra del 5 giugno 2020 ed al relativo decorso post-operatorio e al ricovero dal 4 novembre 2019 al 9 dicembre 2019 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ come da lettera di dimissione del 3 gennaio 2020 di cui al doc. XVI-2) - di una perizia psichiatrica e reumatologica di decorso. Sulla base dell'aggiornamento degli atti medici dal profilo somatico, l'amministrazione dovrà valutare pure la necessità o meno di procedere anche ad una valutazione peritale neurologica. Il TCA sottolinea che, nell'ambito della valutazione peritale psichiatrica di decorso, 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; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). È qui 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; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). In questo contesto è parimenti utile segnalare che i problemi reattivi ad una decisione negativa dell'UAI non rientrano nel novero delle affezioni alla salute psichica invalidanti (STF 9C\_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti e STF 9C\_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr. STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019, consid. 1.8 e rinvii ivi citati). Anche i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (STF 9C\_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.12 e riferimenti ivi citati; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). Giova qui ricordare che il Tribunale federale, nella sentenza 9C\_1032/2010 del 1° settembre 2011 consid. 4.1, ha precisato che risulta giustificato e che può anzi accrescere il valore risolutivo di una perizia di decorso, il fatto che l'evoluzione dello stato di salute intervenuta nel frattempo venga accertata e valutata dagli stessi periti medici che si erano già in precedenza confrontati con la fattispecie. La giurisprudenza di cui alla STF 9C\_1032/2010 del 1° settembre 2011 è stata confermata dal TF anche nelle STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 al consid. 5.2, 8C\_665/2015 del 21 gennaio 2016 al consid. 4.2 e 9C\_441/2014 del 18 giugno 2014 al consid. 2.2.2 (cfr. STCA 32.2017.135 del 23 maggio 2018, consid. 2.8.2.3; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7). In ogni caso la perita psichiatra dovrà prendere pure posizione in merito alle critiche sollevate in questa sede al suo operato da parte del patrocinatore dell'assicurata (cfr., in particolare, doc I, pag. 9 e 13). Andrà poi effettuata una discussione globale tra gli specialisti in questione. 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. 1.6 e 2.2) del diritto a una rendita intera dal 1° dicembre 2014 (alla scadenza dell'anno d'attesa), con versamento dal 1° febbraio 2016 (a fronte di una richiesta tardiva) e ad almeno un quarto di rendita dal 1° aprile 2016 al 31 ottobre 2018, 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; STCA 32.2018.168 del 14 agosto 2019, consid. 2.9 e rinvii ivi citati; STCA 32.2019.145 del 9 giugno 2020, consid. 2.14 e rinvii ivi citati). 2.10. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare in questa sede la fattispecie con riferimento alle ulteriori censure ricorsuali sollevate dal patrocinatore dell'assicurata. Per motivi di economia processuale, il TCA rileva comunque sin d'ora che, non può essere, in particolare, condivisa la censura all'operato dell'amministrazione per non avere esperito una inchiesta domestica, al fine di valutare in maniera concreta le limitazioni della sua

cliente nello svolgimento delle mansioni di casalinga, dal momento che l'assicurata è stata considerata salariata al 100% (ciò che è, peraltro, rimasto - a ragione - incontestato dal legale) e, pertanto, l'UAI ha applicato, al caso, di specie il metodo ordinario del raffronto dei redditi (ciò che è, peraltro, rimasto - a ragione - parimenti incontestato dal legale).

2.11. Alla luce di quanto esposto al considerando 2.9, il TCA rinuncia anche all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, " audizione/informazioni scritte sullo stato di salute dell'assicurata dai seguenti medici: dr. med. \_\_\_\_\_, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_; dr. med. \_\_\_\_\_; dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_", l'audizione del marito della ricorrente (\_\_\_\_\_) e l'"Interrogatorio/audizione" della sua assistita " richieste dal patrocinatore dell'assicurata: doc. I, pag. 18). Il legale non ha presentato una domanda esplicita di procedere a un'udienza pubblica (cfr. STF 9C\_578/2008 del 29 maggio 2009 consid. 4.8.; DTF 122 V 55 consid. 3a con riferimenti) ma soltanto una richiesta di audizione personale (al riguardo, si veda il doc. IX; cfr. SVR 2009 IV Nr. 22 p. 62; DTF 125 V 38 consid. 2). 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. 2.12. 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.