

TI_GERICHTE 32.2019.25 vom 28. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.25

FR: TI_GERICHTE 32.2019.25 du 28 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.25 del 28 dicembre 2018

Regeste

Decisione con la quale UAI ha assegnato una rendita intera limitata, poi ridotta a 3/4 di rendita visto il miglioramento dello stato di salute, non può essere confermata senza che prima venga acclarato, tramite complemento peritale, se il preteso miglioramento sia effettivamente avvenuto oppure no

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se a ragione, oppure no, l'Ufficio AI abbia assegnato all'assicurata una rendita intera dal 1° marzo 2015 al 31 luglio 2016 – effettivamente versata solo dal 1° aprile 2016 trattandosi di una domanda tardiva – e tre quarti di rendita (grado AI del 60%) dal 1° maggio 2017. 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). 2.3. 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 x art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10

gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 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).

2.4. Dal profilo medico, l'Ufficio AI si è basato sulla perizia pluridisciplinare affidata ai medici del _____. Dal referto peritale 9 ottobre 2017 risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: neurologica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), neuropsicologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti del _____ hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di lieve/media gravità (ICD10-F33.0); disturbo di personalità misto (ICD10-F61.1) con aspetti istrionici, narcisistici e passivo-aggressivo; sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)", mentre quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa quelle di "esiti da trauma distorsivo della colonna cervicale l'11.3.2014 con attualmente variegata sintomatologia soggettiva non spiegata da patologie neurologiche organiche; lieve riduzione della memoria di lavoro, non spiegata da lesione organica cerebrale; sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative a livello C5-C6 e C6-C7 con osteocondrosi, iniziale spondilosi e spondilartrosi, nonché uncartrosi; sindrome fibromialgica di tipo primario in soggetto sofferente di una sindrome somatoforme da dolore persistente e disturbi neurovegetativi non riconducibili ad un quadro organico; disfagia multifattoriale con chiara componente funzionale; formazione a carattere benigno nello spazio masticatorio di ds in prima ipotesi riferibile a malformazione vascolare a basso flusso o

linfangioma (MRI 18.7.2017); sindrome del colon irritabile; possibile neoformazione aneurismatica del tratto post-oftalmico dell'arteria cerebrale interna ds (angio-MRI vasi intracranici del 25.7.2017); modiche alterazioni parietali diffuse evidenziate in occasione della TAC coronarica del 4.10.2016, senza stenosi significative su tabagismo attivo e dislipidemia" (doc. 103). E sprimendosi a proposito della capacità lavorativa, gli specialisti del _____ hanno considerato l'assicurata globalmente abile al lavoro nella misura del 60% sia nella precedente attività di infermiera, che in altre attività adeguate, a decorrere dal mese di maggio 2017 (cfr. doc. 103 pag. 44). In sede di osservazioni contro il progetto di decisione del 14 marzo 2018 (poi annullato e sostituito da quello del 14 agosto 2018, cfr. doc. 135) con il quale è stata assegnata una rendita intera limitatamente al periodo compreso fra il 1° marzo 2015 e il 31 luglio 2016 e un quarto di rendita dal 1° maggio 2017 (cfr. doc. 114), il precedente patrocinatore dell'interessata ha contestato la valutazione psichiatrica del perito del _____, trasmettendo una presa di posizione dello psichiatra curante, dr. _____. Quest'ultimo, con scritto del 18 maggio 2018, dopo avere constatato la sostanziale concordanza del perito psichiatra dr. _____ riguardo alle diagnosi concernenti l'interessata, ne ha tuttavia messo in evidenza l'incongruenza nella successiva valutazione della capacità lavorativa (doc. 122). Chiamato dall'Ufficio AI a prendere posizione riguardo a tali critiche, il dr. _____, con complemento peritale del 2 luglio 2018, ha ritenuto in parte fondate le critiche del dr. _____, concludendo che "alla luce delle osservazioni da parte del curante e soprattutto dell'alessitimia e della compromissione chiara della sfera emotiva e socio-comunicativa, ritengo giustificata l'incapacità lavorativa del 60%, ma escludo un'incapacità lavorativa completa" (doc. 129). Con valutazione finale del 13 agosto 2018 – posta a fondamento della decisione qui impugnata - il dr. _____ del SMR, confermando l'apprezzamento peritale del _____, ha quindi considerato l'interessata totalmente inabile al lavoro in qualsiasi professione dall'11 marzo 2014 fino alla fine di luglio 2016, poi totalmente abile al lavoro in qualsiasi professione dal 1° agosto 2016 e, infine, inabile al lavoro in qualsiasi attività a decorrere dal mese di maggio 2017 (doc. 132).

2.5. In sede ricorsuale, l'assicurata ha nuovamente contestato la valutazione medica posta a fondamento della decisione impugnata, trasmettendo una nuova presa di posizione del dr. _____, datata 29 gennaio 2019. In tale referto, lo psichiatra curante ha sottolineato la gravità del quadro psichico dell'assicurata, progressivamente peggiorato nel corso degli anni di trattamento, "tanto da determinare una grave ripercussione sullo stile di vita della paziente che ormai è pervasivo di ogni manifestazione della sua vita quotidiana", "sempre più cristallizzata in una condizione di malata grave con uno stile di vita francamente anche bizzarro che ha causato un ulteriore aggravamento delle condizioni determinando un grave isolamento sociale della paziente". Lo psichiatra curante ha infatti rilevato come l'interessata cerchi in continuazione "cure magiche e alternative che le possano restituire una condizione di serenità e salute che è andata perdendosi a causa della malattia", concludendo quindi per una totale incapacità lavorativa, non più modificabile a causa dell'evoluzione cronicizzante del quadro. Il dr. _____ ha aggiunto che "è evidente, come già affermato a suo tempo, che l'inabilità lavorativa della paziente è da far risalire al momento del mio primo consulto avvenuto l'8.8.2016 dove già avevo certificato un 100% di incapacità lavorativa. Non capisco e non concordo a questo proposito perché non venga riconosciuto per quel periodo l'incapacità lavorativa completa che era stata già descritta dal sottoscritto e certificata per l'ass. perdita di guadagno e in gran parte confermata dalle valutazioni fiduciarie", le quali "vertevano di più nel senso di stabilire il nesso di causalità con l'incidente automobilistico subito dalla paziente" (doc. C). Gli

specialisti del _____, chiamati a prendere posizione riguardo alle contestazioni sollevate nel ricorso da parte del precedente patrocinatore dell'assicurata, nel complemento peritale del 14 marzo 2019 hanno confermato la validità delle valutazioni reumatologica, neurologica e psichiatrica. Riguardo a questo ultimo aspetto, il dr. _____ ha ribadito le diagnosi poste al momento dell'esame peritale, le quali erano pure condivise dal dr. _____ per lo meno fino al maggio 2018, e il grado di incapacità lavorativa del 60% a partire dal mese di maggio 2017, aggiungendo che "la mia valutazione si riferisce ovviamente alla mia conoscenza dell'A. stessa, cioè a circa due anni fa, non posso esprimermi in merito ad eventuali peggioramenti visto che lo psichiatra scrive anche nella sua lettera che in questi anni di trattamento le condizioni della paziente sono andate progressivamente e in maniera ingravescente peggiorando" (doc. IX/2). In data 7 giugno 2019 il dr. _____ ha confermato "il decorso ulteriore ingravescente della paziente e la più sempre ridotta possibilità di interventi psicoterapeutici o psicofarmacologici adeguati" (doc. XIX/1). Con referto del 18 agosto 2019, il dr. _____, neurochirurgo dell'Ospedale di _____, ha ritenuto la sintomatologia dell'assicurata non sia "espressione di una patologia degenerativa neurologica ma, come detto, da esiti post-traumatici", escludendo un trattamento neurochirurgico (doc. XXIII/1). Con presa di posizione del 24 ottobre 2019, gli specialisti del _____ hanno confermato la correttezza delle conclusioni peritali, ritenendo che la nuova documentazione prodotta dall'assicurata non porti nuovi elementi o dati clinici che non siano già stati presi in considerazione e valutati nell'ambito della perizia _____ del 9 ottobre 2017 (doc. XIX/1). Riportando per esteso le singole prese di posizione da parte dei periti interessati, hanno indicato come, dal profilo neurologico, "non siano stati presentati elementi che portino a modificare le precedenti valutazioni", come spiegato dal dr. _____; dal punto di vista reumatologico, il dr. _____ ha rilevato che "personalmente anche in questa situazione non vedo documenti o informazioni che indichino una modifica direzionale del quadro clinico rispetto a quanto da me già determinato nella mia valutazione peritale del 22.5.2017. Mi permetto di osservare che ormai a due anni dalla valutazione peritale si dovrebbe giungere a una conclusione di questo caso. Se poi ci dovessero essere aspetti medici tali da giustificarlo l'assicurata potrà senz'altro inoltrare una nuova richiesta di prestazioni AI"; infine, per gli aspetti psichiatrici, il dr. _____ ha confermato le sue precedenti "lettere del 6.3.2019.16.10.2018 e 2.7.2018, in quanto nell'attuale lettera del dr. _____ non emergono elementi nuovi sui quali mi potrei esprimere. Sull'evoluzione attuale, ho visto l'A. più di due anni fa, mi è impossibile esprimermi" (doc. XIX/1). 2.6. Chiamato a pronunciarsi, se da una parte questo Tribunale non ha motivo per dubitare, dal profilo somatico (reumatologico e neurologico), delle conclusioni alle quali è giunta la perizia pluridisciplinare del _____, posta a fondamento della decisione qui impugnata, altrettanto non può dirsi per quanto concerne gli aspetti psichiatrici, peraltro di fondamentale importanza in quanto gli unici considerati avere una ripercussione – rilevante – sulla capacità lavorativa dell'interessata. Al riguardo, il TCA rileva che nel rapporto finale SMR, riprendendo quanto valutato nella perizia _____, il dr. _____ ha indicato che l'assicurata è stata totalmente inabile al lavoro dall'11 marzo 2014 al 31 luglio 2016, poi totalmente abile al lavoro dal 1° agosto 2016 e, infine, inabile al lavoro al 60% da maggio 2017, essenzialmente per motivi psichiatrici (cfr. doc. 132). Ora, questo Tribunale non può, senza che prima vengano svolti ulteriori accertamenti specialistici, concordare con la valutazione di una totale capacità lavorativa dell'interessata dal 1° agosto 2016 fino a fine aprile 2017 – peraltro contestata dalla ricorrente - in quanto in contrasto con le stesse

risultanze peritali. Il dr. _____, infatti, nel referto peritale del 20 settembre 2017, non si è espresso riguardo all'evoluzione del danno psichico nel periodo precedente all'apprezzamento peritale, limitandosi a collocare l'inizio della sintomatologia psichiatrica con l'incidente dell'11 marzo 2014, senza poi nulla indicare a proposito del decorso tra il momento dell'infortunio e quello dell'esame peritale. Lo specialista in psichiatria ha solo riferito che nel febbraio 2017 il dr. _____, perito assicurativo in ambito infortunistico, riteneva l'assicurata abile al 100% in un'attività adatta, mentre lo psichiatra curante attestava un'inabilità lavorativa del 100%. Proprio alla luce di tali valutazioni contraddittorie, l'Ufficio AI ha ritenuto indispensabile sottoporre l'interessata ad una perizia _____, la quale doveva quindi esprimersi anche in merito all'evoluzione dei disturbi, in particolare dal profilo psichiatrico. Così non è stato, avendo il dr. _____ "solo" stabilito che da maggio 2017 l'interessata va considerata inabile al lavoro al 40% (cfr. referto peritale psichiatrico allegato al doc. 103), percentuale poi innalzata al 60% nel complemento peritale del 2 luglio 2018, alla luce delle critiche sollevate dallo psichiatra curante e tenuto conto dell'alesitimia e della compromissione chiara della sfera emotiva e socio-comunicativa (cfr. doc. 129). Ora, in mancanza di chiarimenti sul tema, non è possibile con la necessaria tranquillità considerare che l'interessata, totalmente inabile al lavoro dall'11 marzo 2014 (circostanza incontestata) e poi inabile al lavoro al 60% da maggio 2017 (come da apprezzamento peritale psichiatrico), nel periodo compreso fra il 1° agosto 2016 e il 30 aprile 2017, abbia, invece, presentato un miglioramento delle condizioni di salute tale da comportare una completa abilità lavorativa, come invece considerato nel rapporto finale del SMR. In nessun momento, né nel referto peritale _____ del 9 ottobre 2017, né in quello psichiatrico del 20 settembre 2017 del dr. _____, si trova l'indicazione di un miglioramento delle condizioni di salute psichiatrica dell'interessata, seguito poi da un peggioramento. Al contrario, il dr. _____ si è espresso per l'esistenza di patologie presenti ormai da lungo tempo e piuttosto croniche, resistenti a terapia psichiatrica e psicoterapeutica e con prognosi sfavorevole. Ancora più chiaramente, nel referto peritale del 9 ottobre 2017, la dr.ssa _____ e il dr. _____ del _____, esponendo le valutazioni conclusive, tenuto conto dell'insieme dei disturbi di natura reumatologica, neurologica e psichiatrica, hanno ritenuto l'assicurata inabile al lavoro al 40% (doc. 129) – percentuale poi divenuta del 60% come visto (cfr. doc. 129 – a partire dal mese di maggio 2017, mentre per il periodo precedente hanno indicato che: " In precedenza l'A. va considerata inabile al lavoro al 100% a decorrere dall'evento traumatico dell'11.3.2014 sino al più tardi a fine luglio 2016, vale a dire dopo l'ultima valutazione presso la Clinica _____ di _____, rispettivamente dopo la valutazione peritale psichiatrica della dr.ssa _____, del 24.6.2016. Da allora, in assenza di ulteriori giudizi valetudinari "neutrali" (il perito psichiatra dr. _____ in data 3.2.2017 conferma la precedente valutazione psichiatrica della dr.ssa _____) possiamo ritenere che la capacità lavorativa dell'A., limitata unicamente dalle affezioni psichiatriche, sia andata, per le sole ragioni mediche, aumentando sino a raggiungere la misura del 60% (poi corretta nel 40%, n.d.r.) a decorrere da maggio 2017 ." (Doc. 103 pag. 44 – il corsivo è della redattrice) Queste considerazioni del _____ contrastano nettamente, dunque, con l'indicazione di una totale capacità lavorativa dal 1° agosto 2016 al mese di aprile 2017 riportata dal SMR nel rapporto finale del 13 agosto 2018, posta a fondamento della decisione impugnata, che non può, quindi, essere condivisa dal TCA. Gli atti devono, pertanto, essere rinviati all'Ufficio AI, affinché verifichi attraverso un approfondimento peritale in che misura la totale inabilità lavorativa presentata dall'assicurata a partire dall'11

marzo 2014 sia evoluta, migliorando, fino a raggiungere, nel mese di maggio 2017, la percentuale di inabilità del 60% riconosciuta dal dr. _____. Nel contempo, spetterà pure all'Ufficio AI acclarare, sempre dal profilo psichiatrico, se, successivamente alla valutazione peritale eseguita dal dr. _____ nel maggio 2017, lo stato di salute dell'interessata sia rimasto immutato in maniera duratura, come preteso dall'amministrazione, o abbia, invece, come sostenuto dallo psichiatra curante, subito un costante peggioramento, tale da incidere sulla capacità lavorativa residua dell'interessata e, nell'affermativa, in che misura e da quando. Ciò anche alla luce delle considerazioni espresse dallo stesso perito psichiatra, il quale ha più volte rilevato di non essere in grado di esprimersi "sull'evoluzione attuale, avendo visitato l'assicurata più di due anni fa" (cfr. da ultimo doc. XIX/1). Sulla base delle relative risultanze spetterà, poi, all'Ufficio AI esprimersi nuovamente riguardo al diritto a prestazioni dell'interessata. 2.7. 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 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: cfr. 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'Ufficio AI, il quale verserà pure 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.