

TI_GERICHTE 32.2020.131 vom 17. September 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-09-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.131

FR: TI_GERICHTE 32.2020.131 du 17 septembre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.131 del 17 settembre 2020

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate).

Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

nel merito

2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno.

Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46).

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%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

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

2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA).

Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; cfr. anche 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17

LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30).

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. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389).

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii).

Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid.3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, ■La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali■, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito 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 premorbo, 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 psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita 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 psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se, nel preciso caso di specie, lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia pluridisciplinare del _____ del 1° luglio 2020 (doc. 156, pag. 457-523 incarto AI), che conclude per una stabilità dello stato di salute rispetto a quanto accertato nella precedente perizia del 9 novembre 2017 (doc. 69, pag. 211-244 incarto AI).

I medici hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute della ricorrente prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'assicurata ed acquisita nel corso della procedura amministrativa.

Al referto va attribuita piena forza probante.

Le conclusioni sono del resto state confermate anche dal medico SMR, dr. med. _____, nel rapporto del 2 luglio 2020 (doc. 155, pag. 452-456 incarto AI).

2.7. La ricorrente contesta le conclusioni peritali e del medico SMR, sostenendo che non sono state prese in considerazione le valutazioni della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia e del dr. med. _____ (doc. I e VI). Ella afferma che la perizia _____ infatti si basava su dei rapporti medici precedenti il peggioramento di cui si tratta. L'ultima visita e rapporto medico su cui si basa la perizia del 2020 è di ottobre 2019 (allorquando fui ricoverata in ospedale) _____ (doc. VI).

Le censure della ricorrente vanno respinte.

I referti del 23 luglio 2020 della dr.ssa med. _____ (doc. 163, pag. 618-619 incarto AI = doc. A3) e dell'11 agosto 2020 del dr. med. _____ (doc. 165, pag. 622-625 incarto AI, simile al referto del 5 agosto 2020, doc. A2) non sono infatti atti a sovvertire le approfondite e motivate valutazioni del _____.

2.7.1. La dr.ssa med. _____, che nel suo certificato non pone alcuna diagnosi secondo criteri scientificamente riconosciuti, si limita a ribadire che vi sarebbe stato un peggioramento dello stato di salute psichico dell'insorgente, aumentato nel lungo tempo trascorso tra la nuova domanda e l'emissione del progetto di decisione. In particolare vi è una instabilità emotiva, associata a fluttuazioni ansiose, transitori disturbi del sonno, vissuti abbandonici, difficoltà a gestire anche piccole incombenze del quotidiano che, secondo la curante, inficiano in modo considerevole la capacità lavorativa della paziente, che ritengo inabile nella misura del 100% ormai da oltre due anni.

La psichiatra curante, oltre a non apportare alcun elemento medico oggettivo a conforto della sua valutazione, non si confronta con le convincenti e motivate conclusioni della consulente del _____, dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, che ha visitato l'insorgente in due occasioni, il 28 gennaio 2019 e l'11 febbraio 2019, e che nel suo referto di 24 pagine (pag. 526-549 incarto AI), ha approfonditamente esaminato tutti gli atti a disposizione ed ha preso posizione sulle lamentele dell'assicurata.

La dr.ssa med. _____, che oltre ad effettuare un esame clinico secondo AMDP-System, ha pure avuto un colloquio telefonico con la psichiatra curante, dopo aver confermato che la sintomatologia depressiva è riconducibile alla diagnosi già posta del dr. med. _____ nel 2016, ovvero di episodio depressivo cronicizzato a livelli medi di gravità, derivante da un quadro depressivo evolutosi da un disturbo da disadattamento nel contesto di un sottostante disturbo della personalità con tratti misti borderline e dipendenti, ha eseguito una valutazione approfondita della fattispecie, concludendo che pur lamentando di non riuscire a dare continuità alle cose e a non poter intraprendere alcuna attività lavorativa il riferito della giornata evidenzia quantomeno un livello di attività spontanee sovrapponibile a quello descritto nella precedente valutazione peritale _____, se non che, dopo l'ultima valutazione psichiatrica _____ l'assicurata ha poi frequentato il corso promosso dalla disoccupazione, il corso di contabilità nell'ambito dei provvedimenti proposti dall'UAI, e si è impegnata, di recente, seppure per poche ore, nella gestione della portineria del palazzo in cui abita. La progettualità, nonostante le riferite paure ed incertezze, è abbastanza definita: ad esempio l'assicurata spera di riuscire a vendere una piccola proprietà per poter cambiare a casa giovando di una zona più centrale che la faccia sentire meno isolata, ha preso accordi con l'ex coniuge per un eventuale trasferimento della figlia. L'assenza di una modifica sostanziale del quadro clinico è indirettamente confermata dall'assenza di provvedimenti terapeutici più intensivi, al contrario la presenza di fattori esterni sfavorevoli ma non indennizzabili (quali la condizione economica di difficoltà) possono contribuire ad accentuare i vissuti disagio e disadattamento.

Dal referto del _____ emerge ancora che i farmaci sono diminuiti, in quanto precedentemente, nell'ambito della precedente perizia _____ l'A. assumeva del Deanxit e delle benzodiazepine al bisogno. Ora assume solo Temesta in terapia (pag. 485 incarto AI).

Non vi sono pertanto elementi medici oggettivi per ritenere un peggioramento dello stato di salute in ambito psichiatrico come sostenuto dalla ricorrente, la quale, oltre al già citato certificato della psichiatra curante, non ha prodotto ulteriori referti specialistici atti a sovvertire le conclusioni della dr.ssa med. _____.

In queste condizioni, alla luce delle motivate, approfondite e convincenti valutazioni peritali, questo Tribunale deve confermare, per quanto concerne la patologia psichiatrica, che lo stato di salute della ricorrente non ha subito alcuna variazione.

2.7.2. Anche per quanto concerne l'aspetto somatico, l'esito è il medesimo.

Infatti, il referto dell'11 agosto 2020 (doc. 165, pag. 622-625 incarto AI) del dr. med. _____, simile a quello del 5 agosto 2020 prodotto con il ricorso (doc. A2), si esaurisce in una semplice elencazione delle patologie già note, con l'indicazione che nel frattempo vi sarebbe stato un peggioramento a livello fisico dei dolori in zona lombare con

ulteriore limitazione della deambulazione e della dispnea e che l'interessata è completamente inabile al lavoro.

2.7.3. Ne segue, come rileva correttamente il medico SMR, dr. med. _____, nell'annotazione del 18 agosto 2020 (doc. 166, pag. 626 incarto AI), che la documentazione prodotta dalla ricorrente non contiene nuovi elementi medico-clinici che depongono per una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del _____.

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

Inoltre, relativamente alla diversa valutazione della capacità lavorativa dei curanti, essa è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti: a scopo di trattamento piuttosto che di perizia (cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010).

Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]).

2.7.4. Infine, per quanto concerne l'intervento chirurgico del 20 novembre 2020 presso l'_____ di _____ per foraminotomia endoscopica L4-L5 a destra (doc. X/1 e X/2) e gli attestati di incapacità lavorativa del dr. med. _____ per il periodo successivo all'intervento (doc. XII/A e XII/B), va rammentato che secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 17 settembre 2020), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 144 V 210 consid. 4.3.1 con riferimenti, citata nella sentenza 8C_435/2020 del 23 ottobre 2020, consid. 4.4).

Tale intervento e le sue conseguenze, notificate dal medico curante direttamente all'UAI in data 30 novembre 2020 (doc. X/1), devono pertanto essere oggetto di una nuova procedura.

2.8. Questa Corte ritiene di conseguenza che lo stato di salute dell'assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione e che le sue conclusioni vadano confermate.

In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti), occorre concludere che lo stato di salute dell'interessata è rimasto stabile.

La decisione impugnata, che conferma il suo diritto a ½ rendita va pertanto tutelata, mentre il ricorso deve essere respinto.

2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020 ed applicabile in concreto (cfr. disposizione transitoria, art. 83 LPG), la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.- vanno poste a carico dell'insorgente.

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