

TI_GERICHTE 32.2023.89 vom 29. April 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-04-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.89

FR: TI_GERICHTE 32.2023.89 du 29 avril 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2023.89 del 29 aprile 2024

Regeste

Rendita AI limitata nel tempo. Valutazioni SMR hanno piena forza probatoria. I problemi all'anca e psichiatrici sono stati sufficientemente indagati (questi ultimi insorti in relazione al progetto di decisione), mentre i disturbi lombari no. Rinvio atti all'Ufficio AI per nuovo complemento istruttorio

Erwägungen

E. 30

novembre 2022 o se, come richiesto dalla ricorrente, anche dopo tale data essa abbia diritto a una rendita di invalidità stante una lamentata inabilità lavorativa del 100%. 2.3. Va innanzitutto rilevato che il 1° gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (RU 2021 705). La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2023, prevede al marginale 9101 che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". La Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, stato al 1° gennaio 2022 e valida da tale data, prevede in particolare ai marginali 1007, 1008 e 1009 che: " Conformemente alle DT LAI [Disposizioni transitorie, n.d.r.], le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022". Secondo le citate Circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa

nel 2022. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022, o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l'invalidità (teorica) del 100% giusta l'art. 28 LAI è insorta al più presto il 23 aprile 2022, ossia un anno dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa accertata dal medico SMR (cfr. consid. 1.2).

L'assicurata ha presentato la domanda di prestazioni il 13 settembre 2021 (cfr. consid. 1.1), ragione per cui il diritto a una rendita è insorto al più presto sei mesi dopo la rivendicazione del diritto alle prestazioni, e meglio il 1° aprile 2022 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI) (cfr. Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), n. 2027 con esempio; cfr. anche Valterio, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 1, 3 e 4 ad art. 29 LAI). Ne consegue che, sulla scorta delle citate circolari, in specie è applicabile il diritto in vigore dal 1° gennaio 2022.

2.4. 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 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 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 agli artt. 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%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 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; Duc , op. cit., pag. 1476, n. 213). 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 (DTF 129 V 222).

2.5. Trattandosi dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 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 in merito all'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 di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in

Plaidoyer 1/06, pag. 64). 2.6. A seguito della domanda di prestazioni del settembre 2021 dell'assicurata, l'Ufficio AI ha raccolto gli atti medici determinanti presso i curanti, interpellandoli più volte. In particolare, dai referti raccolti emerge che l'interessata, sofferente alla schiena, dopo numerose infiltrazioni è stata operata il 1° maggio 2021 dal PD dr. med. _____, specialista in neurochirurgia, con stabilizzazione L4-L5 con approccio mediale mini-invasivo per spondilolistesi L4-L5 instabile (MIMLIF), con possibile conflitto radicolare L5 bilaterale (doc. 11) Inoltre, visti la diagnosi di coxartrosi destra e gli scarsi benefici delle infiltrazioni con acido ialuronico (doc. 11), l'11 giugno 2021 il dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica, ha impiantato una protesi totale all'anca destra. Sennonché, dopo questi interventi, secondo il rapporto del 14 ottobre 2021 (doc. 11) del curante dr. _____, medico generico FMH, l'interessata presentava una sindrome lombo-vertebrale post-operatoria, resistente a tutte le terapie farmacologiche e alla fisioterapia stazionaria e ambulatoriale, come pure una limitazione funzionale dolorosa residua dell'anca operata, una sindrome ansiosa e insonnia. Stante la persistenza di dolori a livello lombare e inguinale, l'interessata è quindi stata indirizzata al Centro per la terapia del dolore presso il _____, in cui a fine anno 2021 (doc. 26) ha iniziato a sottoporsi a infiltrazioni, che sono proseguite nel corso del 2022. Nel referto del 12 aprile 2022 (pag. 125 dell'incarto AI) la PD dr.ssa med. _____, specialista in anesthesiologia e in terapia interventistica del dolore (SSIPM), ha riferito dell'applicazione intradiscale del 18 marzo 2022, necessaria perché per la paziente la sintomatologia dolorosa era rimasta invariata, il dolore aumentava alla anteroflessione del tronco, allo sforzo fisico e in posizione ortostatica. Il dolore era localizzato in zona lombosacrale centrale e paravertebrale a sinistra. Alla telefonata del 6 aprile 2022 l'assicurata si è lamentata che non ha tratto alcun beneficio dalla procedura del 18 marzo, perciò la specialista non ha previsto altre procedure infiltrative, ma le ha proposto di utilizzare l'apparecchio TENS. L'8 giugno 2022 l'anestesista ha visitato l'assicurata e nel rapporto del 13 seguente (doc. 22) ha annotato che l'interessata aveva tratto un chiaro beneficio dall'uso di questo apparecchio, lo utilizzava regolarmente, assumeva Zaldiar e Brufen con beneficio e che il dolore più importante era all'anca destra. L'indicazione era dunque di proseguire la cura con l'apparecchio TENS e di rivederla per un controllo dopo 2-3 mesi. Le ha pure menzionato l'opzione di un impianto neurostimolatore. Il rapporto del 10 agosto 2022 (doc. 35), di identico tenore, riferiva anch'esso della consultazione dell'8 giugno 2022. Della visita del 12 ottobre 2022 la PD dr.ssa _____ ha riferito il 21 ottobre 2022 (doc. 35), rilevando che per l'interessata v'era stato un lieve miglioramento della sintomatologia dolorosa, un beneficio dall'uso dell'apparecchio TENS, che il dolore lombare era più importante del dolore all'inguine destro e che con l'assunzione di Zaldiar e Brufen i dolori lombari erano sopportabili. La specialista le ha quindi consigliato di continuare con la cura con l'apparecchio TENS e non ha previsto nuovi controlli, ma rimaneva a disposizione nel caso di una riacutizzazione dei dolori. La dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale, specialista in medicina del lavoro, il 9 marzo 2023 (doc. 40) ha analizzato l'intera documentazione medica raccolta dall'Ufficio AI, riportando la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di dolori lombari su sospetta origine discale L5-S1 e dolori cronici inguine a destra su/con: esiti di protesi totale dell'anca destra in tecnica mini-invasiva anteriore l'11 giugno 2021 per una coxartrosi sintomatica destra e stato dopo MIMLIF L4-L5 con posizionamento di cage con approccio mediale 1° maggio 2021 per una spondilolistesi L4-L5 instabili con conflitto radicolare L5 bilaterale. Anche le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa le ha riprese dai vari certificati raccolti.

Basandosi sull'ultima visita del 10 agosto 2022 in cui la PD dr.ssa _____ non ha più ritenuto necessaria una presa a carico dell'assicurata da parte del centro del dolore, il medico SMR ha dunque concluso che da quel giorno essa era abile al 100% in attività adeguate, mentre rimaneva totalmente inabile al lavoro come collaboratrice domestica dal 23 aprile 2021, in via definitiva. Quali limiti funzionali la dottoressa _____ ha previsto un carico massimo di 5kg e la necessità di alternare la postura al bisogno. Non v'erano invece difficoltà nello svolgere lavori di precisione e di effettuare pause supplementari. Era indicata un'attività semplice e ripetitiva, parzialmente sedentaria, senza salire e scendere ripetutamente le scale, senza spingere e tirare pesi contro resistenza, senza l'uso di strumenti vibranti; non poteva infine utilizzare scale a pioli e ponteggi. La prognosi era favorevole. Al progetto di decisione del 27 marzo 2023 di attribuzione di una rendita intera temporanea (da aprile a novembre 2022, ovvero da dopo un anno dall'insorgenza dell'inabilità lavorativa a tre mesi dopo l'accertato miglioramento avvenuto ad agosto 2022), l'assicurata ha contrapposto anche della nuova documentazione medica, in particolare, i referti del PD dr. med. _____ del 17 novembre 2022 (pag. 245) e del dr. med. _____ del 29 dicembre 2022 (pag. 243). Il primo, neurochirurgo, ha rilevato che dopo un periodo di sostanziale benessere, l'assicurata ha presentato nuovamente dei disturbi sia a livello della zona lombare sia a livello dell'inguine a destra. Le infiltrazioni all'anca destra hanno portato un certo beneficio sul dolore inguinale, la sintomatologia lombare era comunque predominante, perciò egli ha ritenuto opportuno ripetere un bilancio radiologico per escludere una pseudo artrosi a livello del segmento operato. Al controllo presso il secondo specialista, chirurgo ortopedico, l'interessata ha riferito un buon decorso clinico per quanto riguardava l'anca destra, ma la persistenza dei problemi per quanto concerneva la colonna lombare e gli ha segnalato che il neurochirurgo aveva previsto di eseguire delle infiltrazioni per valutare il beneficio e, qualora esse avessero dato un risultato positivo, anche un eventuale re-intervento a livello della colonna lombare. L'esame dello status ha dato una mobilità dell'anca destra con una flessione estensione a 90°-0°-0° e indolente e una intra/extra rotazione di 5°-0°-15° senza particolari dolori. Pertanto, l'ortopedico ha constatato un buon decorso clinico per quanto riguardava l'anca destra, mentre i problemi maggiori concernevano la schiena, problematica per cui l'interessata era in carico dal PD dr. _____ ed era in attesa di eseguire le predette infiltrazioni. Queste terapie, stanti i continui dolori a livello lombare con leggera irradiazione all'inguine destro - l'intensità del dolore era di 5/10 sulla NRS - e il dolore all'inguine era più sopportabile del dolore lombare, sono avvenute in L4-L5 nei mesi di febbraio (pagg. 211 e 228) e marzo 2023 (doc. 48). Il 24 maggio 2023 (doc. 50) la dr.ssa _____ si è pronunciata sui 25 rapporti medici prodotti dall'assicurata in fase di audizione, rilevando che v'era una buona evoluzione radiologica, clinica, valetudinaria e algica in merito alla posa della protesi totale all'anca destra; a livello lombare, da un punto di vista radiologico era presente un'evoluzione molto soddisfacente sul segmento L4-L5, nessuna indicazione chirurgica sui segmenti L3-L4 e L5-S1, vista l'assenza di chiari segni di instabilità. Il dolore lombare era riferito a 5-6/10 della scala NRS, perciò la dr.ssa med. _____, dopo vari approcci (infiltrazioni di O3, applicazioni TENS, infiltrazioni con cortisone e anestetico, indagine articolare posteriore che ha confermato la presenza di una componente algica dominante derivante da queste strutture), ha posto l'indicazione a un trattamento di termocoagulazione tramite radiofrequenza dei rami sensitivi articolari mediali testati. Dall'esame della folta documentazione ricevuta il medico SMR ha tratto una serie di considerazioni, fra cui che " in ogni caso quanto emerso da tale documentazione non impedisce lo svolgimento di

un'attività consona allo stato di salute attuale dell'A, così come precisato dal rapporto finale SMR ", perciò la dr.ssa _____ ha concluso che in assenza di fatti nuovi rispettivamente di modifiche significative di fatti noti, erano valide le sue precedenti conclusioni del rapporto finale SMR del 9 marzo 2023 (doc. H). Le decisioni del 10 luglio 2023, identiche nella motivazione, hanno confermato il diritto dell'assicurata a una rendita intera dal 1° aprile 2022, ovvero alla scadenza dell'anno di attesa (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e fino al 30 novembre 2022, ritenuto che dal 10 agosto 2022 l'inabilità lavorativa era nulla e quindi, sulla base dell'art. 88a OAI, il diritto alla rendita si è protratto per tre mesi dall'avvenuto miglioramento, dopodiché è decaduto visto che il calcolo effettuato dall'Ufficio AI dava un grado di invalidità nullo. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto due certificati medici. Il primo, del 4 settembre 2023 (doc. I) del dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, secondo cui l'interessata era totalmente inabile al lavoro a causa di un'artrosi sintomatica all'anca sinistra ed era seguita anche dal dr. med. _____ per importanti dolori alla colonna lombare. Il secondo, del dr. _____, medico generico FMH, che il 7 settembre 2023 (doc. G) ha affermato che nell'ultimo anno la paziente non ha avuto nessun miglioramento nonostante fosse in cura presso il centro di terapia del dolore, dove ha effettuato l'ultima infiltrazione il 7 agosto 2023, senza ottenere alcun miglioramento. Il curante ha inoltre rilevato che essa continuava ad avere difficoltà alla deambulazione causate dai forti dolori, solo minimamente alleviati dalla terapia farmacologica che assumeva quotidianamente. Infine, egli ha indicato che visto il quadro clinico, da tre mesi era seguita dalla dr.ssa med. _____ per una sindrome ansioso-depressiva reattiva, in terapia farmacologica e psicoterapica. La dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale è stata interpellata dall'Ufficio AI riguardo a questi nuovi referti e il 2 ottobre 2023 (doc. IV/1) si è pronunciata nel dettaglio su ciascun certificato. In particolare, essa ha analizzato i referti precedenti per capire lo stato dell'anca sinistra evocato dal dr. _____, rilevando che non v'era alcuna menzione di reperti patologici di rilevanza clinica all'anca sinistra e che egli non ha riferito sull'evoluzione clinica e valetudinaria del caso successivamente alla precedente visita del 5 maggio 2022 in cui aveva attestato dei dolori saltuari all'anca sinistra, deponendo per una coxartrosi sinistra moderata che alla visita del 2 luglio 2022 aveva invece un buon decorso. Pertanto, secondo la dottoressa, non era verosimile che nel lasso di tempo di qualche mese l'artrosi all'anca sinistra fosse divenuta invalidante e che l'ortopedico non ha posto l'indicazione di un trattamento terapeutico conservativo né interventistico. Inoltre, ha rilevato che il trattamento di termocoagulazione tramite radiofrequenza dei rami sensitivi articolari testati previsto dalla dr.ssa _____ non era stato ancora eseguito. Quanto al certificato del curante di base dr. med. _____, che non ha attestato alcuna incapacità lavorativa ed era di carattere generico, nemmeno vi era allegata della documentazione da parte della psichiatra comprovante una patologia di natura psichica a carattere invalidante, né tanto meno la terapia farmacologica prescritta con relativo dosaggio. Dopo avere quindi esposto una serie di considerazioni sulla validità di questi referti, il medico SMR ha concluso che questa nuova documentazione non conteneva elementi oggettivi nuovi e che non era in grado di modificare le proprie conclusioni della valutazione e delle risorse fisiche residue presentate dall'assicurata esposte nel suo rapporto finale del 9 marzo 2023. Pertanto, non ha modificato, ma confermato, la sua valutazione della capacità lavorativa per un lavoro adatto allo stato di salute. Sulla scorta di queste considerazioni, l'Ufficio AI ha proposto al TCA, nella sua risposta di causa, di respingere il ricorso. Pendente causa l'insorgente ha allegato un nuovo referto del dr. _____, datato

16 ottobre 2023 (doc. N), che riguardava un controllo in cui essa ha riferito la stabilità del quadro clinico con persistenza di dolore a livello di entrambe le regioni glutee irradiantesi a livello di entrambe le cosce lateralmente fino alle ginocchia, soprattutto quando cambiava il tempo. L'assicurata stava eseguendo fisioterapia di mobilizzazione. Per quanto concerne l'anca destra l'assicurata ha riferito al medico un decorso clinico tutto sommato favorevole con l'assenza dei dolori inguinali che aveva prima dell'intervento di protesi totale dell'anca destra. All'esame obiettivo il chirurgo ha riscontrato un'anca sinistra con Drehmann sign positivo e dolore inguinale in massima flessione. Intra/extra rotazione a 5°-0°-10° con dolori in massima intra rotazione; anca destra con lieve dolore alla mobilizzazione; dolore alla colonna vertebrale. Per lo specialista, v'era una problematica a livello della schiena e a entrambe le anche: l'anca destra, già operata, aveva un buon decorso clinico tutto sommato favorevole; l'anca sinistra, dove v'era un'artrosi, presentava dei dolori ogni tanto, soprattutto quando la paziente sforzava o cambiava il tempo. D'avviso del chirurgo ortopedico, però, il problema principale derivava dalla schiena, per cui l'assicurata aveva previsto prossimamente un controllo dal neurochirurgo dr. _____.

Nel suo primo referto del 17 ottobre 2023 (doc. M) la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha indicato che nel maggio 2023 il medico curante le ha segnalato l'assicurata, ha esposto alcuni cenni anamnestici, ha posto l'ipotesi di diagnosi di episodio depressivo grado medio con sintomi biologici (ICD-10: F32.11) e ha descritto lo status clinico della paziente. Essa ha in particolare rilevato importanti algie e fatica nella deambulazione che limitavano l'assicurata nelle normali attività della vita quotidiana e che risultavano invalidanti e, complessivamente, un quadro di significativa sofferenza psichica, dominato da elementi di apatia, deflessione timica, pianti improvvisi, accompagnati a vissuti di colpevolizzazione e sentimenti di rabbia, nervosismo e irritabilità la cui componente tensiva avrebbe potuto avere ripercussioni negative sulla problematica psichica. Questo malessere psichico risultava determinato dalla patologia somatica e si sarebbe esacerbato negli ultimi periodi per peggioramento delle algie e dei dolori al rachide con impossibilità a deambulare in autonomia per piccoli tragitti e difficoltà anche con l'ausilio di due canadesi. La specialista ha perciò impostato, a contenimento di tale sintomatologia, una terapia con Ciprallex 10 mg 1,5 cpr al mattino, con parziale miglioramento; la terapia farmacologica era da valutare con il proseguo della presa in carico. L'assicurata non risultava a quel momento abile a intraprendere un'attività lavorativa sia per lo stato psichico che per le importanti limitazioni funzionali inerenti lo stato somatico. Quali nuovi mezzi di prova l'insorgente ha pure trasmesso al TCA dieci rapporti medici redatti dalla PD dr.ssa med. _____ tra il 10 agosto 2022 (doc. L1) e l'11 agosto 2023 (doc. L10), in parte già agli atti dell'amministrazione. Sul referto della collega _____ si è espresso il 16 novembre 2023 (doc. X/1) il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, attivo presso il Servizio Medico Regionale, mettendo in luce diversi elementi contraddittori o poco verosimili, perciò, a suo dire, questo certificato non presentava i requisiti minimi per giustificare un'incapacità lavorativa per esclusivi motivi psichiatrici, né giustificava una diagnosi o un trattamento o una prognosi oggettivi. Pertanto, in assenza di una diagnosi certa, di una descrizione chiara e oggettiva dell'evoluzione dello stato psichico rispettivamente come questo possa avere modificato lo stato clinico noto, il medico SMR non aveva elementi per giustificare questa certificazione. Il 20 novembre 2023 (doc. X/2) la dr.ssa _____ si è espressa sui 12 nuovi rapporti medici prodotti dalla ricorrente, analizzando nel dettaglio i cinque nuovi della dr.ssa _____ e quello del 16 ottobre 2023 del dr. _____, rinviando invece al parere del dr. _____ per quanto

concerne una presa di posizione in ambito psichiatrico. Riguardo all'ambito somatico, la specialista in medicina del lavoro ha osservato che il chirurgo ortopedico ha rilevato il buon decorso clinico post-chirurgico all'anca destra con assenza dei dolori inguinali che l'assicurata aveva prima dell'intervento, mentre l'anca sinistra presentava una coxartrosi ancora lieve e che non necessitava di intervento chirurgico. Il medico SMR ha rilevato che nemmeno in questa occasione il chirurgo ha posto un'indicazione sul trattamento terapeutico conservativo rispettivamente su un intervento e che non ha certificato alcuna incapacità lavorativa. Dalle sue considerazioni, espresse in 12 punti sintetizzanti le sue riflessioni, l'SMR ha concluso che anche questa (nuova) documentazione medica non conteneva elementi oggettivi nuovi e non emergevano oggettività in grado di modificare le sue precedenti valutazioni sulla capacità lavorativa in un lavoro adatto allo stato di salute e nell'attività abituale di collaboratrice domestica, che rimanevano immutate. L'11 gennaio 2024 (doc. XIV) la PD dr.ssa med. _____ ha direttamente inviato al TCA un rapporto rispondendo alle perplessità messe in evidenza dal Servizio Medico Regionale.

L'anestesista ha contestato che non esista una nuova diagnosi, visto che alla nota diagnosi di dolori lombari su sospetta origine discale L5-S1 e dolori cronici all'inguine destro su/con esiti di protesi totale dell'anca destra e stato dopo MIMLIF L4-L5, va aggiunta la sindrome fibromialgica. La specialista ha riferito di avere valutato l'interessata il 22 novembre 2023 e di avere constatato che i dolori erano aumentati in zona lombare e alla coscia destra, consigliandole di sospendere il Tramadol, visto che da quattro mesi assumeva pure Cipralex, e le ha prescritto Gabapentina da 300mg. Ha poi richiesto una risonanza magnetica della colonna lombare, che non ha mostrato evidenti compressioni radicolari L2-L3 a destra che spiegavano il dolore irradiante in quella zona. In conclusione, a suo dire l'assicurata rimaneva fortemente invalidata a causa dei dolori cronici lombari su sospetta origine discale L5-S1 irradiando all'inguine e coscia destra nel contesto di una sindrome del dolore spinale persistente, tipo II, e in esiti di protesi totale all'anca destra. Il dolore non ha risposto bene sugli interventi mini-invasivi. Nel caso il dolore fosse stato refrattario anche agli antiepilettici, a suo dire sarebbe stata da valutare con la paziente l'opzione di un test di neuromodulazione spinale. Nel suo secondo rapporto medico, reso il 4 gennaio 2024 (doc. O), la psichiatra curante ha precisato di avere in cura l'assicurata dall'8 maggio 2023 a causa di un episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (ICD-10: F32.2), ha poi descritto lo status e la terapia farmacologica (iniziata con Cipralex 20mg/ml 3 gocce al giorno e successivamente aumentata a 10 mg x 1 cpr per poi aumentare la posologia, previo benessere della cardiologa curante dell'assicurata stante un elevato rischio cardiovascolare, all'attuale 20 mg x 1 cpr al giorno). La psichiatra ha evidenziato complessivamente un quadro di importante sofferenza psichica oltre che un quadro polimorbido somatico caratterizzato da algie al rachide in trattamento con terapia oppiacea. La specialista ha segnalato che i certificati di inabilità lavorativa erano stati redatti dal medico di famiglia e comprovati dalla grande affaticabilità, oltre che da limitazioni importanti nei vari ambiti della vita quotidiana (dipendeva dal marito anche nel vestirsi, cucinare e uscire di casa). Inoltre, lo stato di salute attuale mostrava pesanti limitazioni relative alla concentrazione e alla voglia di fare ridotta. A quel momento, appariva difficile determinare quanto questo disagio psichico potesse influenzare in futuro la capacità lavorativa dell'assicurata, che presentava un quadro cronicizzato e fortemente minato dalla lunga storia di malattia depressiva. I due specialisti del Servizio Medico Regionale, dr.ssa _____ e dr. _____, si sono pronunciati il 26 gennaio 2024 sull'ambito somatico (doc. XX/1) rispettivamente psichiatrico (doc. XX/2). La prima ha osservato, dopo aver rivisto l'intera

documentazione medica agli atti, che la diagnosi di fibromialgia rispettivamente, secondo la nuova nomenclatura, di sindrome del dolore spinale persistente posta dall'anestesista, non è mai comparsa prima dell'11 gennaio 2024 e dunque è successiva alle decisioni impugnate. Nel riassumere i precedenti referti della dr.ssa _____, il medico SMR ha ricordato che già il 13 giugno 2022 quest'ultima aveva proposto la posa di un neurostimolatore, a cui l'assicurata non si era però ancora sottoposta. Quanto al rapporto della dr.ssa _____, la specialista in medicina del lavoro si è limitata ad osservare che anche in tal caso, dopo avere riguardato tutti gli atti medici, non era mai comparsa una diagnosi cardiologica rispettivamente la menzione di rischio cardiovascolare, se non nel suo rapporto del 4 gennaio 2024. Sul quadro polimorbido somatico l'SMR ha osservato che era già noto e che era già stato valutato in precedenza. Anche il dottor _____ si è espresso sull'ultimo referto della collega, osservando anch'egli che non v'erano certificazioni di ordine cardiologico e che il trattamento farmacologico era blando malgrado la diagnosi posta. Inoltre, le difficoltà segnalate nel vestirsi, cucinare e uscire di casa giustificerebbero una domanda di assegno per grandi invalidi, ma se così fosse simili sintomi di tale gravità non avrebbero avuto un trattamento adeguato non essendoci stato un trattamento stazionario anche in vista di inserire un trattamento farmacologico adatto a causa dell'elevato rischio cardiovascolare. Pertanto, senza una presa in carico incisiva rispettivamente stazionaria, il certificato della dr.ssa _____ appariva poco circostanziato e verosimile. Inoltre, sono emerse delle incoerenze tra il primo e il secondo rapporto della psichiatra, che lo specialista dell'SMR ha messo in luce punto per punto. Erano quindi evidenti incoerenze riguardo la diagnosi nettamente più severa nel secondo referto senza che però fosse indicato un peggioramento dello stato clinico e valetudinario. È poi descritto uno status inalterato dal momento della presa in carico, mentre lo status indicato al 17 ottobre 2023 era significativamente meno grave. Riguardo al trattamento farmacologico, nel primo rapporto era impostato da maggio con Cipralex 15 mg/die, nessuna menzione di rischio cardiovascolare né di necessità di consulto cardiologico. Nel primo rapporto erano poi evocate problematiche personali di verosimile origine biosociale non presenti nel secondo referto. In conclusione, per il dottor _____ non era plausibile che lo status certificato dopo cinque mesi di presa in carico sia in seguito peggiorato, senza che la stessa curante lo menzioni e che essa non abbia ritenuto necessario mettere in atto provvedimenti incisivi quali un ricovero stazionario, una modificazione significativa del trattamento, ma che si sia limitata a un aumento del dosaggio dello stesso farmaco di 5 mg. Per il medico SMR, un decorso di questo tipo non appariva convincente se non secondo l'ottica protettiva della curante, la quale, ha osservato, ha preso in carico l'assicurata due mesi dopo la resa del progetto di decisione in cui è stata ventilata l'assegnazione di una rendita temporanea. Questa situazione rendeva perciò altamente plausibile l'esistenza di un quadro reattivo - che rientrava fra i fattori psicosociali non suscettibili, di per sé, di originare una incapacità al guadagno - alla decisione negativa. Il dr. _____ ha puntualizzato il 30 gennaio 2024 (doc. P) di non avere constatato un miglioramento della capacità lavorativa dell'assicurata né dal 10 agosto 2022 né in altri periodi. Inoltre, nel prendere posizione sulle osservazioni dell'Ufficio AI del 6 febbraio 2024, il 1° marzo 2024 (doc. Q) ha precisato che nei suoi rapporti del 16 agosto 2022 e del 10 ottobre 2022 egli aveva riferito un miglioramento della sintomatologia a livello dell'anca destra, ma il perdurare di importanti e limitanti dolori a livello della schiena, tanto che in entrambi i rapporti indicava la necessità di una visita dal collega neurochirurgo dr. _____. Dal punto di vista della capacità lavorativa non aveva constatato miglioramenti. Il 29 febbraio 2024 (doc. R) la dr.ssa med. _____ ha

inoltrato dei chiarimenti inerenti il suo precedente certificato, la presa a carico cardiologica dovuta al rischio cardiovascolare elevato, la modifica della farmacoterapia e il peggioramento dello stato somatico e di conseguenza di quello psichico. La psichiatra ha osservato che la depressione può anche influenzare negativamente la sintomatologia del dolore e la risposta al trattamento e che il dolore e la depressione inducono indipendentemente plasticità a lungo termine nel sistema nervoso centrale. La coesistenza tra depressione e dolore cronico può rendere più complicato il trattamento del disturbo depressivo, sia nella depressione preesistente sia in quella indotta dal dolore. Essa ha pure precisato che non ha messo in atto provvedimenti incisivi, come un ricovero in ambito stazionario, poiché l'assicurata si era sempre mostrata collaborante e aderente a un piano di cure ambulatoriale e soprattutto perché la parte somatica risultava preponderante e determinante lo stato psichico attuale con una serie di accertamenti diagnostico-strumentali in corso. L'assicurata stessa si è detta concorde a un trattamento stazionario a risoluzione della sintomatologia neuropatica invalidante e ingravescente. La psichiatra ha allegato i referti del 19 maggio 2023 (doc. T) e del 5 febbraio 2024 (doc. S) della cardiologa dr.ssa med. _____, che riferiscono un elevato rischio cardiovascolare. Su quest'ultima serie di documentazione si sono espressi il 12 marzo 2024 (doc. XXX/1) congiuntamente la dr.ssa _____ e il dr. _____ del Servizio Medico Regionale. Riguardo a quanto certificato dal chirurgo ortopedico la prima ha ribadito quanto già osservato nelle sue annotazioni del 2 ottobre 2023. Sul parere della dr.ssa _____ essa ha riportato l'opinione del dottor _____, il quale ha preso visione di questo nuovo certificato che riporta il noto apprezzamento già valutato in precedenza e precisato nella sua passata presa di posizione SMR. In merito ai rapporti medici della cardiologa, la specialista in medicina del lavoro ha indicato che l'elevato rischio cardiovascolare derivava dalla familiarità, dalla dislipidemia trattata, dall'obesità classe I, dal diabete mellito tipo II. Inoltre, la cardiologa ha attestato l'assenza di patologie cardiovascolari invalidanti e ha riferito che l'assicurata in alcune occasioni, soprattutto quando c'era il vento o quando si coricava sul fianco sinistro, avvertiva dei dolori trafittivi all'emitorace sinistro o episodi di dolore al quarto spazio intercostale di sinistra a riposo. All'elettrocardiogramma il ventricolo sinistro era di normali dimensioni e cinesi con una funzione sistolica globale conservata, minimo rigurgito mitralico; il ventricolo destro era di normali dimensioni e cinesi, ipertrofia settale. L'ECG mostrava un ritmo sinusale con T negative in laterale. Essa ha quindi richiesto l'esecuzione di una risonanza magnetica cardiaca per escludere un'ischemia sottostante, non ancora documentata. In conclusione, anche quest'ulteriore documentazione non conteneva elementi oggettivi nuovi, non sono emerse oggettività in grado di modificare le conclusioni della valutazione delle risorse psico-fisiche residue presentate dall'assicurata, contenute nel rapporto finale SMR del 9 marzo 2023. Si trattava quindi di un diverso apprezzamento del quadro clinico valutato dall'SMR. Di conseguenza, la valutazione SMR della capacità lavorativa per un lavoro adatto allo stato di salute, espressa nel rapporto finale SMR, rimaneva immutata, con inabilità lavorativa definitiva in attività abituale di collaboratrice domestica. 2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag.

261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione , a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V

351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid.

3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). 2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Con STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi 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 e 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, lo 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 TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 (8C_841/2016 e 8C_130/2017),

pubblicate in DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. 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 sapere 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 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . Il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata 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 tale 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. Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai citati giudizi 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 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. Questa giurisprudenza è stata confermata nella 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). Infine, in DTF 145 V 215 l'Alta Corte ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018, consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018, consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.9. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente negato all'assicurata il diritto alla rendita dopo il 30 novembre 2022 a motivo che il grado di invalidità era nullo, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, e quindi dello stato di salute della ricorrente, questo Tribunale non può confermare la decisione dell'Ufficio AI di respingere la richiesta di prestazioni senza effettuare ulteriori approfondimenti medici per quanto concerne i dolori lombari tuttora lamentati. In primo luogo occorre rilevare che ogni volta che l'Ufficio AI raccoglieva della documentazione medica presso i curanti della ricorrente, correttamente la sottoponeva al vaglio del Servizio Medico Regionale. In questo modo, ogni singolo referto presente agli atti dell'amministrazione è stato debitamente vagliato da una persona esperta in materia. Anche la nuova documentazione specialistica che l'insorgente ha prodotto con il ricorso e pendente causa è stata oggetto di una attenta e approfondita disamina da parte di medici competenti in materia sia in ambito somatico (dr.ssa med. _____) sia psichico (dr. med. _____), entrambi alle dipendenze del Servizio Medico Regionale. L'Ufficio assicurazione invalidità ha quindi di volta in volta fatto esaminare i pareri medici prodotti dall'assicurata. 2.9.1. Le varie annotazioni della dr.ssa _____, specialista in medicina del lavoro, hanno analizzato nel dettaglio, due volte durante la procedura amministrativa e in sei occasioni davanti a questo Tribunale, i referti del dr. _____, del dr. _____, del PD dr. med. _____ e della PD dr.ssa _____. A giusta ragione la specialista dell'SMR ha messo in luce che, eccetto gli ultimi rapporti prodotti in sede ricorsuale, tutti gli altri referti medici non si pronunciavano sulla capacità lavorativa della ricorrente, ma soltanto sul suo stato di salute. È infatti soltanto a specifica richiesta del patrocinatore dell'assicurata che il dr. med. _____ ha poi certificato una totale inabilità lavorativa. Quanto ai disturbi lamentati dall'assicurata, il medico SMR, rifacendosi al parere del chirurgo ortopedico stesso, ha rilevato che l'anca destra, oggetto di una protesi totale, non destava preoccupazione, il decorso clinico post-operatorio era favorevole e non v'erano più dolori inguinali. Pendente causa il dr. _____ ha però evocato una coxartrosi sintomatica sinistra - che l'SMR ha giustamente osservato mai essere stata rilevata durante la procedura amministrativa -, che comunque non è stata oggetto di indicazioni di trattamenti terapeutici né di tipo conservativo con esercizio fisico regolare, FANS, fisioterapia, riduzione ponderale né di tipo interventistico. Essa neppure dava luogo a un'inabilità lavorativa, a riprova, a dire della dr.ssa _____, che si trattava di una coxartrosi moderata che non necessitava di gesti terapeutici. Rimanevano, invece, secondo il chirurgo ortopedico, i dolori lombari per i quali l'assicurata era in cura dal dr. med. _____. I disturbi alla schiena patiti, presenti anche dopo l'intervento di stabilizzazione di L4-L5, sono stati oggetto di diverse terapie da parte della PD dr.ssa med. _____ allo scopo di alleviare i dolori lamentati. Dai numerosi referti rilasciati da quest'ultima specialista risulta che se in un primo momento le infiltrazioni non hanno dato risultati soddisfacenti, poi l'utilizzo dell'apparecchio TENS ha portato a un chiaro beneficio, motivo per cui con questo risultato positivo riscontrato nel referto del 10 agosto 2022, e anche in quello del 21 ottobre 2022, la dr.ssa _____ dell'SMR ha concluso che da quel momento si poteva ritenere un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata al

punto di considerarla abile al 100% in attività adeguate. Come ha riferito il dr. _____ nei suoi rapporti del 16 agosto e del 10 ottobre 2022, stante il perdurare di importanti e limitanti dolori a livello della schiena egli aveva indicato la necessità di una visita da parte del dr. med. _____, che ha avuto luogo il 15 dicembre 2022 e di cui quest'ultimo ha riferito il 4 gennaio 2023 (documento allegato alle osservazioni al progetto di decisione, pagina 241). In quell'occasione il neurochirurgo ha indicato che la valutazione radiologica documentava un risultato molto soddisfacente sul segmento L4-L5 operato un anno e mezzo prima. Il problema sembrava però essersi trasferito sul segmento L3-L4, ma anche sul livello L5-S1, dove v'era una chiara discopatia in peggioramento rispetto alla risonanza preoperatoria di due anni prima. A quel livello era pure presente una stenosi foraminale che avrebbe potuto determinare un conflitto con la radice L5 e che avrebbe potuto spiegare il dolore all'inguine a destra. Nella sua valutazione lo specialista ha perciò consigliato alla paziente una riduzione del peso corporeo (107 kg) per evitare un peggioramento ulteriore delle discopatie. A quel momento, non v'era indicazione a prolungare la fusione sui segmenti L3-L4 e L5-S1 vista l'assenza di chiari segni di instabilità e ha quindi indirizzato l'assicurata presso il Centro per la terapia del dolore per eseguire delle infiltrazioni peridurali e periradicolari. Un nuovo controllo ambulatoriale avrebbe dovuto avere luogo tre mesi dopo, ma di referti successivi agli atti non ve ne sono. Nel corso dell'anno 2023 la ricorrente, che ha continuato a lamentare dolori al rachide e all'inguine, su invito dunque del PD dr. med. _____ si è nuovamente sottoposta a terapia contro il dolore per mano della PD dr.ssa med. _____. Il 13 aprile 2023 (doc. L5) la stessa anestesista ha riportato, nell'anamnesi, dei dolori lombosacrali, mentre i dolori inguinali erano diminuiti dopo l'infiltrazione. Inoltre, alla valutazione clinica essa ha rilevato " marcia fluida, senza segni di zoppia. Mantenuite le manovre in talismo e in equinismo sia alla stazione eretta che in deambulazione. Non segno di Trendelenburg. Non limitazione della flessione/estensione e rotazione laterale del tronco. Alla valutazione mio- e dermatomerica singola non deficit evidenti di forza e/o sensibilità tattile. Lasègue negativo, non Babinski. Riflessi normo-evocabili simmetrici. ". Quello stesso giorno la specialista ha proceduto a un trattamento di termocoagulazione tramite radiofrequenza dei rami sensitivi articolari mediali L4-L5, ma senza efficacia, poiché i dolori lombari sono dapprima diminuiti, poi ricomparsi con intensità 10/10, che diminuivano con l'assunzione di Ibrufen e Zaldiar (doc. L9). Il successivo gesto terapeutico è stato un'infiltrazione intradiscale L5-S1 con Ozono (doc. L10), senza beneficio, visto che il 22 novembre 2023 ha valutato la paziente constatando che i dolori erano aumentati e quindi le ha modificato la terapia farmacologica. In quell'occasione, l'11 gennaio 2024 (doc. XIV), la dr.ssa med. _____, in presenza dei dolori cronici lombari su sospetta origine discale L5-S1, che irradiavano all'inguine e alla coscia destra nel contesto di una sindrome del dolore spinale persistente, ha diagnosticato pure una sindrome fibromialgica. A quest'ultimo proposito, però, come ha ben osservato il medico SMR, questa diagnosi è apparsa per la prima volta nel 2024: prima di allora non è mai stata posta né dall'anestesista né da altri specialisti. Essendo successiva alle decisioni impugnate, sebbene non supportata da certificati medici specialistici (di tipo reumatologico) è comunque ininfluyente per i ricorsi in esame. Il dottor _____ ha ricordato ancora il 1° marzo 2024 (doc. Q) che per gli importanti e limitanti dolori a livello della schiena, l'assicurata era in cura dal dr. med. _____. Al riguardo va tuttavia rilevato che dopo la visita ambulatoriale del 15 dicembre 2022, sfociata nel certificato del 4 gennaio 2023, non è dato a sapere se, come era stato programmato, l'assicurata l'abbia rivisto e quale sia stato l'esito delle successive visite di controllo rispettivamente se e quali

proposte terapeutiche il neurochirurgo abbia suggerito e/o adottato. In altre parole, il quadro clinico riferito ai disturbi lombari non è stato sufficientemente chiarito dai medici curanti - a quanto è noto a questo Tribunale sulla base degli atti medici presenti agli atti dell'Ufficio AI e prodotti con il ricorso - né dal Servizio Medico Regionale, il quale su questa problematica ha soltanto rilevato, nelle annotazioni del 2 ottobre 2023, il consiglio del dr. _____ dato all'assicurata di ridurre in modo importante il peso. Non è però nota l'evoluzione della chiara discopatia in peggioramento rilevata sul livello L5-S1 e neppure della stenosi foraminale e quale ripercussione abbiano avuto sulla capacità lavorativa della ricorrente fino all'emanazione delle decisioni in esame. Quanto all'elevato rischio cardiovascolare, sollevato per la prima volta e documentato da parte della psichiatra curante, il TCA osserva che occorre distinguere tra un elevato rischio cardiovascolare dovuto alla familiarità, alla dislipidemia trattata, all'obesità di classe I, al diabete mellito di tipo II e delle oggettive patologie cardiache che, per contro, non sono state riscontrate. Il ventricolo sinistro e destro erano infatti di normali dimensioni e cinesi con funzione sistolica globale conservata. La stessa cardiologa ha attestato l'assenza di patologie cardiovascolari invalidanti e l'esecuzione di una RMN cardiaca per escludere un'ischemia soggiacente, peraltro posteriore alle decisioni, non può portare a giustificare un'inabilità lavorativa. In conclusione, dal profilo somatico emergono elementi tali che portano a ritenere come le conclusioni cui è giunto l'SMR (dr.ssa _____) riguardo alla capacità lavorativa della ricorrente nell'attività precedentemente esercitata di collaboratrice domestica e in altre attività adeguate si fondino, unicamente per quanto attiene alla problematica dei disturbi lombari, su accertamenti non ancora completi e che necessitano verifiche e approfondimenti. Sia prima sia dopo l'emanazione delle decisioni impugnate la ricorrente era ancora oggetto di terapie contro il dolore. Questi aspetti non sono stati sufficientemente indagati e non si può pertanto sostenere, con la necessaria tranquillità - come per la questione dell'anca destra, che è stata invece risolta positivamente, mentre l'anca sinistra non è stata oggetto di trattamenti medici e quindi la coxartrosi moderata non influiva sulla capacità lavorativa -, che i disturbi al rachide non abbiano delle conseguenze sulla capacità lavorativa dell'assicurata.

2.9.2. Per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, si rileva che nel primo rapporto del 16 settembre 2021 il medico curante dr. _____ ha indicato che " la paziente presenta inoltre una sindrome ansiosa ed insonnia che, a mio parere, è causata dal dolore persistente che si sta cronicizzando ". Tuttavia, in quell'occasione nessuna terapia farmacologica le è stata prescritta né le è stato consigliato un sostegno specialistico, segno che questa situazione non necessitava di cure particolari e non influiva dunque - lo stesso curante non ha specificato le conseguenze di questo status - sulla sua capacità lavorativa. Al di là di questo referto, nessun altro accenno di disturbi psichici è presente nell'incarto dell'Ufficio assicurazione invalidità per i successivi due anni. È infatti solo con il ricorso che, sempre il dottor _____, ha affermato il 7 settembre 2023 (doc. G) che l'assicurata " da tre mesi è seguita dalla Dr.ssa med. _____, per una sindrome ansioso-depressiva reattiva, in terapia farmacologica e psicoterapica ". Pendente causa la ricorrente ha quindi prodotto il primo dei tre referti della sua psichiatra, il quale in poche righe ha posto l'anamnesi, un'ipotesi diagnostica e lo status clinico. Ne è poi giunto un secondo, a seguito del quale il dr. _____ dell'SMR ha preso nuovamente posizione e, rilevando numerose discrepanze fra uno e l'altro, ha addirittura allestito una tabella di confronto delle affermazioni della collega, mettendo in risalto le criticità rilevate. Non solo l'inizio della presa a carico era dubbio, ma anche la diagnosi, che nell'arco temporale di pochi mesi era dapprima solo un'ipotesi, poi si è modificata peggiorando, ma lasciando pressoché intatta la

terapia farmacologica. Sennonché, né il dosaggio né il farmaco erano adeguati per il tipo di patologia e per la gravità che era stata diagnosticata. Il trattamento farmacologico blando, giustificato da problemi cardiaci tuttavia mai riferiti, come visto, prima dell'inoltro del ricorso, avrebbe comportato, secondo il dr. med. _____, unitamente ad altri limiti adottati dalla curante (non riuscire a vestirsi, a cucinare e a uscire di casa da sola), un trattamento stazionario. In assenza, quindi, di una presa in carico incisiva, come poteva essere un periodo di ricovero stazionario, le affermazioni della psichiatra sono apparse, allo specialista dell'SMR, poco circostanziate e inverosimili oltre che incoerenti l'una con l'altra in un referto e nell'altro. Inoltre, non era stato indicato il peggioramento dello stato clinico e valetudinario a supporto dell'episodio depressivo grave, perciò il dr. _____ ha chiaramente affermato che " Un decorso di questo tipo non appare convincente se non secondo l'ottica protettiva della curante. ". Il TCA conviene pure con lo psichiatra del Servizio Medico Regionale che i disturbi psichici manifestati dalla ricorrente sarebbero insorti in reazione al progetto di decisione di attribuzione soltanto di una rendita limitata nel tempo, non essendoci mai stati prima di quel momento (la presa in carico da parte della dr.ssa med. _____ risalirebbe infatti all'8 maggio 2023 e il progetto di decisione è del 27 marzo 2023), se non l'accenno, generico, del dr. med. _____ nel settembre 2021, il quale non ha tuttavia indicato da quando questa problematica era in essere, se e da quando l'assicurata era in cura da uno specialista, quale e se era in atto una terapia (farmacologica o ambulatoriale). In questo contesto, è comunque utile segnalare che i fattori psicosociali (problemi di coppia, difficoltà personali, disoccupazione, problemi di natura finanziaria, ecc.) non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (STF 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 5.2.3 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019 consid. 2.12. e riferimenti ivi citati; 32.2019.10 del 20 gennaio 2020 consid. 2.7. e riferimenti ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8.), in particolare non vi figurano i problemi reattivi a una decisione negativa dell'autorità, altrimenti la nozione legale d'invalidità verrebbe svuotata di contenuto (STF 9C_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti; 9C_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr., pure, STCA 32.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.8.3; STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019 consid. 1.8. e rinvii ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8; STCA 35.2022.44 del 6 marzo 2023, consid. 2.4.7; STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023 consid. 2.12.2). Sul fatto che non siano stati messi in atto provvedimenti più importanti come un ricovero in ambito stazionario la psichiatra curante ha risposto che la buona collaborazione fornita dalla ricorrente, con aderenza al piano di cure ambulatoriale, non ha fatto nascere questa necessità terapeutica, ma per l'SMR se i sintomi e i segni descritti dalla dr.ssa _____ lasciavano intuire una grave sofferenza psichica, che però non coincideva con la terapia farmacologica prescritta, allora anche in presenza di problemi cardiaci e di altre difficoltà segnalate dalla psichiatra un trattamento stazionario poteva essere d'aiuto all'assicurata. Si tratta quindi di un diverso apprezzamento del quadro clinico valutato dal Servizio Medico Regionale, secondo cui non vi sono dunque sufficienti elementi per giustificare un'inabilità lavorativa dal profilo psichico. Pertanto, anche le valutazioni della specialista in psichiatria consultata privatamente dall'insorgente (come quelle in ambito somatico di cui ai referti del chirurgo ortopedico dr. med. _____ e della PD dr.ssa med. _____, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.9.1), pure divergenti per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apportando nuovi elementi oggettivi in grado di scalfire le prese di posizione degli specialisti del Servizio Medico Regionale, vanno quindi

intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie che la interessano hanno sulla sua capacità di lavoro. Va qui inoltre ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sull'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 (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12). Occorre ancora rilevare che nella STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al considerando 4.1 l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)". 2.10. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, rispecchiando le numerose valutazioni dei medici SMR (il rapporto finale del 9 marzo 2023 e le annotazioni del 24 maggio 2023, del 2 ottobre 2023, del 16 e del 20 novembre 2023, del 26 gennaio 2024 e del 12 marzo 2024) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) per ciò che concerne la problematica somatica analizzata concernente le anche e quella psichiatrica, ad esse va dunque attribuita piena forza probatoria. Occorre infatti ricordare che l'art. 59 cpv. 2 bis LAI stabilisce, peraltro, che 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'Ufficio AI 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 Nr. 56 pag. 174). Questa Corte ritiene pertanto che, per questi due aspetti, lo stato di salute dell'insorgente sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'Ufficio AI, segnatamente dagli specialisti del Servizio Medico Regionale. Per contro, per quanto concerne la problematica dei dolori lombari, non potendo, come visto, determinare, con la necessaria tranquillità, le mutate condizioni valetudinarie della ricorrente, accertate dal PD dr. med. _____ il 4 gennaio 2023, e l'incidenza sulla sua capacità lavorativa nel periodo che ha preceduto l'emanazione delle decisioni del 10 luglio 2023, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda con un complemento istruttorio unicamente a tale riguardo. L'Ufficio AI dovrà quindi acquisire una perizia in ambito neurochirurgico ed emettere poi un nuovo provvedimento (STCA 32.23.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023, consid. 2.9). A questo proposito va rammentato che, di norma, l'incarto può essere rinviato all'Ufficio AI (DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti

dall'amministrazione che necessitano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”) (STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali 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 ”) (STCA 32.23.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023; STCA 32.2023.41 del 2 ottobre 2023; STCA 32.2023.18 del 24 luglio 2023; STCA 32.2021.29 del 30 agosto 2021). 2.11. Alla luce delle considerazioni esposte, le decisioni impugnate devono essere annullate e gli atti rinviati all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici. 2.12. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito delle vertenze, le spese vanno poste a carico dell'Ufficio assicurazione invalidità e la ricorrente, vincente (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria: DTF 141 V 281 consid 11.1; STF 8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1) e patrocinata in causa, ha diritto a un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca).

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