

# **TI\_GERICHTE 32.2023.132 vom 24. Oktober 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-10-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.132)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.132 du 24 octobre 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.132 del 24 ottobre 2023

## **Regeste**

Richiesta di una rendita AI respinta sulla base della valutazione degli atti da parte del medico SMR. L'ulteriore documentazione medica prodotta nelle more processuali non è atta a sovvertire le conclusioni del medico SMR. Riassunto giurisprudenza per casi di inutilizzabilità di un arto

## **Erwägungen**

### **E. 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. Nel caso in esame l’UAI ha riconosciuto alla ricorrente una rendita AI intera (grado del 100%) dal 1° giugno 2021 al 31 agosto 2022 (dopo tre mesi dal miglioramento dello stato di salute). A causa della tardività della domanda, il versamento delle prestazioni decorre dal 1° aprile 2022 (doc. B). In concreto, al momento della presentazione della domanda l’assicurata non beneficiava di una rendita AI. Nel corso del mese di ottobre 2021 l’interessata ha prodotto documentazione medica atta a comprovare un peggioramento del suo stato di salute a fronte di un grado d’invalidità del 100% dal giugno 2021, ragione per cui la domanda era tardiva ai sensi dell’art. 29 cpv. 1 LAI. Ne consegue che il diritto alla rendita d’invalidità è nato nel 2022, dopo il termine di carenza di 6 mesi. Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il diritto in vigore dal 1° gennaio 2022 (cfr. anche STCA 32.2023.77 del 22 gennaio 2024). 2.2. La ricorrente fa valere una grave violazione del suo diritto di essere sentita poiché l’Ufficio AI si è limitato a motivare la sua decisione con un rinvio agli “esiti degli accertamenti” (doc. I, pag. 2). Ella ritiene che tale vizio è insanabile. Per l’art. 29 cpv.

### **E. 2**

Cost. fed., le parti hanno diritto di essere sentite. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio alla DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197; STF 9C\_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3)). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. Egli ha diritto di consultare l'incarto, di offrire mezzi di prova su punti rilevanti, di esigerne l'assunzione (partecipando alla stessa) e di potersi esprimere sulle relative

risultanze. Il diritto di essere sentito, quale diritto di cooperare alla procedura comprende tutte le facoltà che devono essere concesse a una parte, in modo tale che essa in una procedura possa difendere efficacemente la sua tesi. Perché ciò possa essere realizzato, la parte ha anche il diritto di essere informata previamente e in maniera adeguata dall'autorità sulla procedura per quanto attiene alle tappe decisive per il giudizio. Non è possibile in maniera generale e astratta stabilire in quale misura si estende questo diritto, ma occorre soppesare le circostanze concrete (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17; 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293; 135 I 279 consid. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 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 (STF 9C\_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3; STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

2.3. Nel caso di specie nella decisione impugnata (doc. B) l'Ufficio AI, in un capitolo intitolato " esito degli accertamenti " ha affermato di aver proceduto ad ulteriori indagini in seguito alle osservazioni presentate dalla ricorrente il 1° marzo 2023 ed il 25 maggio 2023. L'amministrazione ha indicato che sulla base degli accertamenti medici emerge che nella precedente attività l'interessata è incapace al lavoro al 100% dal mese di febbraio 2006, mentre in attività adeguate al suo stato di salute la ricorrente è stata totalmente incapace al lavoro dall'11 giugno 2021 al 18 maggio 2022 per poi essere nuovamente capace al lavoro in maniera completa dal 19 maggio 2022. Dopo aver confermato il grado d'invalidità al 100% dall'11 giugno 2021, l'UAI ha effettuato l'abituale confronto dei redditi ed ha stabilito che dal 19 maggio 2022 il grado d'invalidità è nullo. Da cui, tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute (31 agosto 2022), in applicazione dell'art. 88a cpv. 1 OAI, la soppressione della rendita. L'amministrazione ha poi citato per esteso la presa di posizione della consulente in integrazione circa le attività professionali esigibili per la ricorrente (pag. 2 e 3). Nel caso di specie, l'assicuratore ha di conseguenza indicato in maniera approfondita i motivi alla base della sua decisione. Tant'è che la ricorrente è stata in grado di comprenderne le ragioni, avendole contestate con un ricorso motivato al quale ha allegato ulteriore documentazione medica. È vero che l'Ufficio AI non ha esplicitato nella decisione impugnata le ragioni per le quali ha ritenuto che lo stato di salute è migliorato il 19 maggio 2022. Tuttavia dalle tavole processuali emerge che il 7 febbraio 2023 ed il 21 giugno 2023, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, l'Ufficio AI ha trasmesso alla ricorrente, su sua richiesta, l'intero incarto (doc. AI 121 e 140), comprendente pure il rapporto SMR del 6 marzo 2023, dove figura che l'incapacità lavorativa in attività adeguata è pari allo 0% dal 19 maggio 2022 sulla base della valutazione del PD dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 126, pag. 338). Ella ha pertanto potuto prendere visione di tutti gli atti rilevanti, tra i quali quelli alla base della decisione dell'amministrazione di ritenere migliorato il suo stato di salute dal 19 maggio 2022. Ne segue che non vi è stata nessuna violazione del suo diritto di essere sentita. Del resto, pendente causa, la ricorrente, per il tramite del suo legale, ha nuovamente visionato l'intero incarto ed ha prodotto numerosa documentazione medica tramite la quale ha ampiamente contestato il provvedimento amministrativo. Per cui, anche se per pura ipotesi di lavoro si

ritenesse una violazione del diritto di essere sentita, esso è comunque stato sanato in questa sede. A questo proposito va rammentato che, come emerge dalla STF 8C\_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2, una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437; STF 9C\_401/2023 del 5 gennaio 2024, consid. 3.1.2). Si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito: una tale eventualità si realizza se l'annullamento della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l'(equivalente) interesse della parte di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; STF 8C\_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGa), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C\_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C\_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti). In concreto, il TCA dispone di un pieno potere di esame (cfr. anche STF 8C\_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGa). Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 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 questa 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 secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGa è dunque di carattere giuridico economico e 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto 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). Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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 ch'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 (DTF 129 V 222).

2.5. In concreto dall'incarto dell'UAI, emerge che dopo aver acquisito tutta la documentazione medica ritenuta necessaria, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la quale nel rapporto finale del 6 marzo 2023 ha accertato, nella precedente attività svolta dalla ricorrente, di ausiliaria di pulizie e cameriera, una totale incapacità lavorativa dal mese di febbraio 2006, mentre in attività adatte al suo stato di salute, a parte un periodo di totale incapacità lavorativa dall'11 giugno 2021 al 18 maggio 2022, ha ritenuto una capacità lavorativa totale (pag. 336-338 incarto AI). Per stabilire il periodo durante il quale la ricorrente è stata incapace al lavoro in maniera completa, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si è fondata in particolare sui referti del 17 giugno 2021 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia (per l'inizio dell'incapacità lavorativa) e sul referto del 19 maggio 2022 del PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano e in chirurgia ortopedica e traumatologia (per la fine dell'incapacità lavorativa), il quale, posta la diagnosi di artrosi al polso destro e/d pregressa lesione legamento scafato-lunato, e/d ricostruzione legamento scafato-lunato (2010) e/d artroscopia e sinovectomia estesa del 16.02.2022, circa il decorso ha indicato che “ la paziente torna a 3 mesi dall'intervento. Soggettivamente contenta: non ha formicolio alle dita, riesce ad aprire e chiudere la mano che sente come “sbloccata” (...) Per quanto riguarda il polso, a fronte di una situazione clinica in miglioramento e a fronte di un'artroscopia che ha trovato un polso, nel complesso, in buone condizioni, con solo una condropatia nella fossa scafoide, non penso siano necessari altri gesti chirurgici da parte mia ” (doc. AI 114). Lo specialista aveva

aggiunto che l'interessata iniziava a lamentare un dolore alla spalla destra quando caricava. Contattata in merito, l'insorgente ha poi indicato che dopo aver smesso la fisioterapia, non ha più avuto problemi (doc. AI 116). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha indicato quali limitazioni funzionali un carico massimo di 2 chili per la mano destra, aggiungendo che l'interessata può eseguire dei lavori di controllo o lavori leggeri d'ufficio, senza utilizzo di forza dalla mano destra, lavori leggeri senza forza per la mano destra, senza esposizione a vibrazioni o colpi, non deve flettere o estendere il polso destro in modo ripetitivo o contro resistenza, il movimento di pinze ed i movimenti di precisione sono possibili (doc. AI 126, pag. 337-338). Il 13 aprile 2023 la consulente professionale ha affermato: " (...) Nel mercato del lavoro ci sono delle attività che l'A. potrebbe svolgere e che sono compatibili con le limitazioni espresse in sede medica. Come indicato nel mio rapporto precedente confermo quale attività confacente quella di supporto amministrativo e/o ricezionista. Nel citato rapporto è stata indicata la possibilità di riconoscere una formazione breve o dei corsi per acquisire le competenze considerato che l'A. non ha esperienza nel settore (la formazione in ambito commerciale e la breve esperienza lavorativa risalgono a oltre 30 anni fa). Qualora l'A. ne facesse richiesta, il Servizio integrazione resta a disposizione per valutare una formazione ad hoc che consenta all'A. di acquisire le competenze e potersi reinserire in un'attività di supporto di tipo amministrativo/ricezione con eventualmente, se si rendesse necessario, di adeguare la postazione a livello ergonomico. Altra possibile attività adeguata è quella di rappresentante di vendita ad es. promozione di prodotti alimentari non pesanti. L'attività prevede la presentazione e la promozione dell'articolo con possibilità di degustazione. Considerato il tipo di attività e le limitazioni al braccio destro, l'A. potrebbe utilizzare e ricorrere al braccio sinistro. Non si reputa infatti che per questo tipo di attività le limitazioni al braccio destro siano tali da non rendere possibile lo svolgimento dell'attività adattando e utilizzando le risorse disponibili. L'attività di sorvegliante di mensa non prevede sforzi fisici o movimenti particolari. L'attività non è quella di un educatore e consiste nella sorveglianza dei bambini durante la pausa pranzo durante la consumazione del pasto e nel tempo che precede la ripresa delle lezioni. In riferimento alle osservazioni si è riconsiderata la figura della badante/accompagnatrice indicata come attività adeguata nel rapporto del 30.1.2023. Nella valutazione tale attività era da intendersi per persone con autonomia fisica. L'attività nell'insieme può in effetti però prevedere anche pazienti con autonomia ridotta e che necessitano di un sostegno/intervento fisico in funzione delle esigenze del datore di lavoro. Rivalutando tale figura professionale tramite un servizio preposto, uno dei requisiti è la buona condizione fisica, condizione che riduce le possibilità d'impiego per persone che presentano delle limitazioni fisiche come l'A. Pertanto, a dispetto di quanto indicato nel precedente rapporto, non si può considerare l'attività di badante/accompagnatrice quale attività accessibile e confacente alla situazione dell'A." (doc. AI 130) Nelle more amministrative è stato prodotto anche un referto del 19 maggio 2023 del PD dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha affermato che " la paziente torna a un anno di distanza, in quanto ha provato a lavorare ma, appena inizia a fare dei lavori di carico e ripetitivi, il polso si gonfia e le fa molto male. Nel complesso la situazione del polso è sovrapponibile a quella dell'anno scorso (...) le lastre di oggi dimostrano una situazione sostanzialmente sovrapponibile alle immagini radiografiche dell'anno scorso: vi è una dissociazione scafo-lunata con una deformità in VISI. Non sembrano esserci progressioni dell'artrosi, che era stata vista con l'artroscopia (...) La paziente ha un polso che ha un deficit funzionale. La mobilità è limitata e la forza è  $\frac{3}{4}$  della forza controlaterale. Quello che importa, però, è il carico che la mano destra può sostenere, che si aggira attorno

ai 2-3 kg per un periodo prolungato. Questo impedisce alla signora di effettuare un lavoro manuale prolungato nel tempo. Non penso ci sia in questo momento un'indicazione chirurgica, se non, eventualmente, un'artrodesi ” (pag. 349-350 incarto AI). Con il ricorso l'insorgente ha prodotto: - numerosa documentazione medica relativa alla precedente procedura innanzi all'UAI del Cantone di \_\_\_\_\_, ossia rapporti del 5 maggio 2006 e del 30 maggio 2006 del servizio di Ortopedia-Traumatologia dell'\_\_\_\_\_, attestati di incapacità lavorativa del 5 febbraio 2007 e del 4 agosto 2005 del dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. da C7 a C10); - un rapporto del 17 giugno 2021 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, già agli atti (doc. C6 e pag. 243 incarto AI); - dei certificati di incapacità lavorativa del 16 febbraio 2022 (doc. C), 27 ottobre 2021 (doc. C1), del 7 ottobre 2021 (doc. C3), dell'8 ottobre 2021 (doc. C4) e una prescrizione per ergoterapia del 6 settembre 2021 (doc. C5); - il rapporto operatorio del 16 febbraio 2022 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. C2); - prescrizioni di fisioterapia ed ergoterapia del 16 ottobre 2023 e del 9 novembre 2023, con allegato il rapporto di ergoterapia del 15 novembre 2023 dell'ergoterapista \_\_\_\_\_ (doc. C11, C12 e C13); - un rapporto del 20 novembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico, FMH ozonoterapia, micronutrizione (doc. C14), del seguente tenore: " (...) Attualmente la paziente sta utilizzando il tutore di riposo per il polso sia di giorno che di notte e un guanto compressivo anti-edema. Presenta una cicatrice dorsale al polso ipersensibile dolente alla lieve pressione. Riferisce anche forti dolori a riposo e con il movimento di dita lunghe/polso (VAS 8/10). La paziente riferisce di non riuscire ad utilizzare la forza della mano a causa dei dolori. L'articolazione del polso non è completa ed è dolente agli ultimi gradi. Questo le impedisce lo svolgimento di attività di vita quotidiana e soprattutto in attività che richiedono utilizzo della forza. Svolge regolarmente sedute di ergoterapia e fisioterapia. Nel 2022 ha svolto fisioterapia per il rachide a causa di forti dolori dorso lombari ma dal mese di settembre 2023 il problema si è maggiormente esacerbato al tratto cervicale inizialmente riferibile ad una causa posturale visto che svolge tutte le attività quasi esclusivamente con l'arto superiore sx. Durante l'ultimo mese si è verificato un problema complesso con Trigger point attivi a livello del trapezio superiore e dei muscoli della masticazione. La paziente riferisce più sovente cefalee che, per come descritte, è clinicamente associabile a cefalee muscolo-tensive. Da questo scorso ottobre la signora presenta un chiaro stato ansioso depressivo di tipo reattivo alla sua storia clinica. Le ho introdotto una terapia del valium 5 mg. Rivedrò la paziente a breve per valutare se necessario richiedere un consulto di uno psicoterapeuta.” (doc. C14) È inoltre stato prodotto il referto del 30 novembre 2023 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ il quale ha affermato che “ la paziente torna a controllo a 6 mesi dall'ultima volta, riferendo un peggioramento del quadro clinico. Quello che lamenta è un dolore a livello del polso. Dice che usa sempre il tutore. La VAS a riposo è a 5 e sotto sforzo 10 (...) ricordo come le lastre dell'ultima volta indicassero come ancora irrisolto il gap tra il semilunare e lo scafoide. Non grossolane alterazioni artrosiche, anche se in artroscopia era stata vista una condropatia della fossa scafoidea (...) Ho spiegato alla paziente che, alla luce del quadro clinico e radiologico, non vedo in questo momento un'indicazione precisa a un intervento chirurgico. Penso che l'articolazione sembri, almeno alle lastre e all'esame artroscopico, ancora in relative buone condizioni. Siccome però il dolore è ingravescente, ho chiesto di eseguire una SPECT-CT e vedrò la paziente a seguire ” (doc. V/1). Chiamata ad esprimersi in merito alla documentazione prodotta con il ricorso, nella sua presa di posizione del 13 dicembre 2023, il medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ha affermato che nella “ relazione del curante di base Dr. \_\_\_\_\_ è ventilata una problematica reattiva (e contestuale)

all'emissione della decisione, senza che vi sia la certificazione di uno specialista circa una diagnosi psichiatrica invalidante ai sensi dell'ICD 11 (...) il PD Dr. \_\_\_\_\_, nella sua ultima visita, non apporta elementi di novità rispetto al suo ultimo rapporto del 19.05.2023. Anzi, lo stesso – pur decidendo (per scrupolo) di effettuare un'ulteriore esame visto quanto riferitogli dall'assicurata – riporta un'articolazione “ancora in relative buone condizioni” (...) non vi sono esami strumentali che confermino la presenza di una sindrome cervicale pleurale sinistra” (doc. V/2). Il 20 dicembre 2023 la ricorrente ha prodotto un certificato del 30 novembre 2023 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ che ha certificato un'incapacità lavorativa del 100% dal 30 novembre 2023 all'11 gennaio 2024 (doc. D), mentre il 22 gennaio 2024 ha trasmesso un referto dell'11 gennaio 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ ed un referto del 18 gennaio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia, aggiungendo che segue una terapia con calmanti per il suo stato d'ansia e che il 5 febbraio 2024 sarebbe stata sottoposta ad un intervento chirurgico all'arto principale destro e dovrà poi sottoporsi ad un trattamento dell'atrofizzazione muscolare (doc. XI). Nel referto del 18 gennaio 2024, relativo al consulto del medesimo giorno, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di verosimile contrattura muscolare latero-cervicale ed ha affermato: " (...) Trattasi di una paziente disoccupata da circa 18 anni e in precedenza impiegata come cameriera, impiegata di pulizie e aiuto-cucina. In trattamento antidepressivo. Questa Paziente da circa diciotto anni convive con una problematica coinvolgente l'arto superiore destro distale, che ha portato allo stato attuale a quattro interventi chirurgici, in attesa del quinto. Da circa diciotto anni, quindi, questa Paziente destrimane si trova a non poter più utilizzare la mano e l'arto superiore destro non solo in ambito professionale, ma anche nelle mansioni quotidiane. Tutto ciò chiaramente, ha portato non solo ad una perdita di autonomia, ma anche progressivamente di autostima con conseguente sviluppo di una sindrome depressiva, attualmente trattata. Nell'arco degli anni, ma soprattutto negli ultimi mesi compare una sintomatologia algica latero-cervicale accompagnata da un senso di “tensione, pesantezza e bruciore”. Starebbe effettuando un trattamento di fisioterapia comprendente Dry-Needling. (...). L'esame clinico porta alla dimostrazione di numerosi trigger points a carico della muscolatura latero-cervicale bilateralmente, soprattutto sul lato sinistro. Non ho potuto valutare la forza nell'arto superiore destro, mentre nel sinistro non ho constatato deficit di forza o sensibilità. (...). Una risonanza magnetica cervico-toracica, effettuata il 09.01.2024 presso ospedale \_\_\_\_\_, non ha mostrato gravi discopatie e men che meno compressioni radicolari. (...). Non credo che il quadro clinico della Paziente dipenda direttamente dal rachide cervicale (o toracico). Potrebbe trattarsi di un sovraccarico collegato all'utilizzo dell'arto superiore sinistro (non dominante) cui la Paziente non era abituata. Consiglierei eventualmente una valutazione fisiatrica che potrebbe dettare delle linee di trattamento per i fisioterapisti.” (doc. E) Nel referto dell'11 gennaio 2024 il Pd dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato: " (...) La paziente torna a controllo dopo aver eseguito SPEC-CT in data 13.12.2023. Riferisce tra il 20 e il 24.12.2023 ricovero presso \_\_\_\_\_ per una infezione delle vie urinarie, in quell'occasione i dolori anche al polso destro sarebbero ulteriormente peggiorati. (...). Polso destro : all'ispezione cicatrici in ordine. La mobilità del polso è di 45° in estensione e 30° in flessione. Dolore in sede dorso-radiale e ai massimi gradi di estensione, anche senza palpazione. La prono/supinazione è completa. Non deficit neurologici. Kapandji score 10 bilateralmente. (...). SPEC\_CT 13.12.2023: captazione a livello del polo prossimale del capitato come da artrosi secondaria a lesione legamento scafolunato. (...). La paziente ha male e non riesce a lavorare neanche con il tutore, quindi una artrodesi o una protesi non sarebbero una buona

opzione. Secondo me l'unica opzione è quindi una denervazione. Ho spiegato alla paziente i dettagli della procedura e che si tratterebbe di un tentativo per migliorare il dolore. La paziente accetta la proposta." (doc. F) Il 5 febbraio 2024 la ricorrente ha prodotto il rapporto operatorio del 2 febbraio 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ e due certificati medici di incapacità lavorativa completa, del 26 gennaio 2024 e del 1° febbraio 2024 del medesimo medico, per il periodo complessivo dall'11 gennaio 2024 al 14 marzo 2024 (doc. XIII + 1-3). Il 29 gennaio 2024 ed il 7 febbraio 2024, il medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ha affermato che la documentazione non porta nuovi elementi clinici che modificano " la valutazione medica entro il 24.10.2023" (doc. XVI/1 e XV/1). Il 29 gennaio 2024 ha inoltre affermato che " L'intervento proposto per il 05.02.2024 è atto a migliorare ulteriormente la situazione al polso destro (mano dominante), ma salvo complicazioni – non dovrebbe portare ad una inabilità lavorativa di più di 14 giorni " (doc. XV/1). L'ufficio AI ha inoltre citato il consid. 4.2 della STF 9C\_39/2022 relativa ad assicurati con limitazioni agli arti superiori (doc. XV). Il 1° marzo 2024 la ricorrente ha prodotto un referto della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina fisica e riabilitazione, del 26 febbraio 2024 ed il rapporto operatorio, già agli atti, del PD Dr. med. \_\_\_\_\_ del 2 febbraio 2024 (doc. XX). Nel certificato del 26 febbraio 2024, facente seguito alla visita del 15 febbraio 2024, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver riassunto gli esami e le operazioni eseguiti, ha affermato: " (...) Tale quadro giustifica ampiamente il dolore dichiarato dalla signora RI 1, e sarebbe meritevole di adatto trattamento farmacologico, In un quadro di algodistrofia polso destro. La problematica rachidea associata- che la signora attualmente lamenta – è sicuramente secondaria ai problemi di gestione dell'arto superiore destro che ha impedito per ben 18 anni la corretta mobilità dell'arto superiore destro e le normali attività della vita quotidiana. Attualmente il polso è tutelato da una polsiera rigida, le dita hanno una corretta mobilità, con forza conservata, l'articolazione scapolo omerale destra è libera, come libera è l'articolazione del gomito destro. Cifosi dorsale, iperlordosi cervicale. Possibile leggero atteggiamento scoliotico destro convesso lombare e sinistro convesso dorsale, che vedo più come una possibile risposta difensiva a protezione della mano destra che come reale scoliosi. La signora veniva inviata alla mia attenzione per valutare la corretta indicazione per una ripresa motoria con dell'attività in acqua. Sicuramente la possibilità di effettuare del nuoto mi trova d'accordo come utile sarà anche un trattamento chinesiológico al rachide cervico-dorso lombare, ma sottolineo nuovamente la necessità di valutare una terapia per gli esiti di una molto probabile algodistrofia del polso destro, che non è ancora stata trattata." (doc. XX/1) L'UAI, con riferimento anche alla STF 9C\_241/2022 ed all'annotazione del 6 marzo 2024 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, sostiene che la nuova documentazione non ha valenza di accertamento retrospettivo ed aggiunge che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ non riporta oggettive informazioni circa le limitazioni funzionali dell'assicurata in attività adeguate e non testimonia di uno stato di salute aggravato per più di tre mesi (art. 88a cpv. 2 OAI). L'intervento è inoltre andato a buon fine e pertanto non è neppure giustificata la presentazione di una nuova domanda (doc. XXII). Il 20 marzo 2024 l'insorgente ha prodotto un certificato medico di totale incapacità lavorativa del 14 marzo 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ per il periodo dal 15 marzo 2024 al 16 aprile 2024 (doc. XXIV/1), nonché un attestato del 13 marzo 2024 dell'ergoterapista \_\_\_\_\_ da cui emerge che l'interessata sta seguendo delle sedute una volta a settimana (doc. XXIV/2). Il 14 marzo 2024 la ricorrente ha prodotto un rapporto del 21 marzo 2024 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ dal quale emerge: " (...) La paziente torna a controllo a distanza di circa 6 settimane dall'intervento. Riferisce un buon decorso post-operatorio al dorso del polso dove il dolore

è diminuito. Ha però un bruciore all'eminenza tenar dopo l'intervento. (...). Il dolore al polso è diminuito, che era il fine dell'intervento. Rimane ipersensibilità in particolare alla eminenza tenar che a mio avviso ha un carattere temporaneo. Ho incoraggiato la paziente al trattamento aggressivo delle cicatrici. Ho spiegato alla paziente che l'intervento ha avuto lo scopo di ridurre il dolore, ma non ha risolto la problematica di fondo. La rivedrò tra 6 settimane" (doc. XXVI/1) L'UAI si è riconfermato nella sua posizione (doc. XXVIII e XXX). 2.6. 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.

#### **E. 2.10**

Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI 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 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

#### **E. 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, 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; 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). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il 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; ZAK 1984 pag. 342, 607; 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. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella 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 da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze 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'afezione 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. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi

deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF 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. 2.8. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata del 24 ottobre 2023, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni dell'Ufficio AI. Il medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver esaminato l'intera documentazione prodotta dall'insorgente ha giustamente stabilito che l'interessata, nella precedente attività di donna delle pulizie e cameriera, è completamente inabile al lavoro dal mese di febbraio 2006 ed ha accertato che, per quanto qui di interesse, l'insorgente è stata completamente inabile al lavoro in attività adatte anche dall'11 giugno 2021 fino al 18 maggio 2022, quando, in attività adeguate al suo stato di salute, con le limitazioni ivi indicate (carico massimo della mano destra di 2 kg, può eseguire lavori di controllo o lavori leggeri d'ufficio, senza utilizzo di forza dalla mano destra, lavori leggeri senza forza per la mano destra, senza esposizione a vibrazioni o colpi, non deve flettere o estendere il polso destro in modo ripetitivo o contro resistenza, il movimento di pinze ed i movimenti di precisione sono possibili), è ritornata ad essere totalmente capace al lavoro (cfr. pag. 336-338 incarto AI). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ si è a ragione fondata sul referto del 19 maggio 2022 del PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano e in chirurgia ortopedica e traumatologica, per stabilire la data del miglioramento dello stato di salute della ricorrente. Lo specialista, posta la diagnosi di artrosi al polso destro e/d pregressa lesione legamento scafato-lunato, e/d ricostruzione legamento scafato-lunato (2010) e/d artroscopia e sinovectomia estesa del 16.02.2022, circa il decorso ha infatti indicato che “ la paziente torna a 3 mesi dall'intervento. Soggettivamente contenta: non ha formicolio alle dita, riesce ad aprire e chiudere la mano che sente come “sbloccata” (...) Per quanto riguarda il polso, a fronte di una situazione clinica in miglioramento e a fronte di un'artroscopia che ha trovato un polso, nel complesso, in buone condizioni, con solo una condropatia nella fossa scafoide, non penso siano necessari altri gesti chirurgici da parte mia ” (doc. AI 114). L'assicurata non contesta di essere stata completamente incapace al lavoro dall'11 giugno 2021, ma sostiene di non aver riacquisito la sua capacità lavorativa a partire dal 19 maggio 2023 (recte: 2022) e produce, nelle more processuali, ulteriore

certificazione medica. La documentazione prodotta, per i motivi che seguono, non è tuttavia atta a sovvertire le conclusioni del medico SMR. Al ricorso l'interessata ha allegato referti medici relativi alla precedente procedura esperita innanzi all'Ufficio AI di \_\_\_\_\_ per il periodo dal 2005 al 2007 e sfociata nella decisione del 15 gennaio 2009 di attribuzione di una rendita limitata nel tempo (doc. da C7 a C10 e doc. AI 40 e seguenti), certificati di incapacità lavorativa e di prescrizione di ergoterapia per periodi per i quali l'UAI ha già riconosciuto la totale incapacità lavorativa (doc. C, C1, C3, C4 e C5), un rapporto medico del 17 giugno 2021 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, già agli atti e preso in considerazione dal medico SMR per stabilire l'inizio della totale incapacità lavorativa (doc. C6 e pag. 243 e 338 incarto AI) ed il rapporto operatorio del 16 febbraio 2022 per l'artroscopia del polso destro e la sinovectomia estesa (doc. C2), che non apportano elementi di novità e concernono periodi durante i quali l'amministrazione ha già riconosciuto prestazioni. Non sono di migliore aiuto le prescrizioni di fisioterapia ed ergoterapia del 16 ottobre 2023 e del 9 novembre 2023 o il rapporto di ergoterapia del 15 novembre 2023 dell'ergoterapista \_\_\_\_\_ (doc. C11, C12 e C13), poiché si esauriscono nella descrizione della necessità di effettuare ulteriore ergoterapia a causa dell'intervento al polso destro, senza soffermarsi sull'incidenza della patologia sulla capacità lavorativa in attività semplici ed adeguate, concludendo che " la paziente riferisce di essere limitata, causa forti dolori e limitazioni gradi articolari di polso, nello svolgimento di attività di vita quotidiana e soprattutto in attività che richiedono l'uso della forza " (doc. C11), ossia limitazioni già prese in considerazione dal medico SMR (cfr. pag. 337 incarto AI: "[...] può eseguire dei lavori di controllo o lavori leggeri d'ufficio, senza utilizzo di forza dalla mano destra [...]"). Quanto al rapporto del 20 novembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, oltre a riportare le già note limitazioni descritte in precedenza, in particolare circa la mancanza di forza nella mano destra, cita la presenza di cefalee muscolo-tensive e di uno stato ansioso depressivo di tipo reattivo alla sua storia clinica, con conseguente futura necessità di valutare se chiedere un consulto ad uno psicoterapeuta, senza tuttavia spendere una parola in merito ad un'eventuale incapacità lavorativa derivante da tali patologie e senza esprimere alcuna diagnosi sulla base di criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto (ad esempio ICD 10; cfr. sul tema la STF I/384/06 del 4 luglio 2007 con rinvio alla DTF 130 V 396). A tale referto non può essere attribuito alcun valore probatorio (cfr. sul tema i consid. 2.6 e 2.7). Agli atti non vi è del resto alcuna documentazione medico-psichiatrica specialistica in merito ad un'eventuale patologia, malgrado anche in altre occasioni l'insorgente accenni al suo stato ansioso e depressivo (cfr. doc. XI e doc. E). Per quanto concerne la documentazione medica prodotta in seguito, va preliminarmente rammentato che di principio è la data della decisione impugnata (in concreto il 24 ottobre 2023) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pag. 411; STF 9C\_241/2022 del 30 giugno 2022; STF 8C\_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C\_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C\_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Un eventuale peggioramento dello stato di salute successivo al 24 ottobre 2023 deve pertanto essere fatto valere tramite una nuova richiesta di prestazioni. Nel referto del 30

novembre 2023, il PD dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver descritto le lagnanze soggettive della ricorrente ed aver affermato che “ penso che l’articolazione sembri, almeno alle lastre e all’esame artroscopico, ancora in relative buone condizioni ” ha ritenuto necessario procedere con ulteriori esami ma non ha accennato ad un’incapacità lavorativa, se non nei certificati prodotti successivamente e per un periodo che comunque è ben posteriore all’emissione della decisione impugnata (doc. D: dal 30 novembre 2023 all’11 gennaio 2024; doc. XII/2-3 per il periodo dall’11 gennaio 2024 al 14 marzo 2024 e doc. XXIV/1 per il periodo dal 15 marzo 2024 al 16 aprile 2024). Da parte sua il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, il 18 gennaio 2024 (doc. E), posta la diagnosi di verosimile contrattura muscolare latero-cervicale, riassunta la situazione valetudinaria dell’insorgente rileva che l’interessata è ormai da 18 anni che non può utilizzare la mano destra, ossia anche per un periodo durante il quale è stata ritenuta totalmente capace al lavoro in attività leggere e confacenti al suo stato di salute (cfr. decisione del 25 maggio 2021 di non entrata in materia, cresciuta incontestata in giudicato e rapporto SMR del 6 marzo 2023, da cui emerge che l’interessata dal 1° gennaio 2008 al 10 giugno 2021 è stata completamente abile al lavoro in attività leggere). Lo specialista, del resto, evidenzia come nell’arto superiore sinistro non ha constatato deficit di forza o sensibilità e come la risonanza magnetica cervico-toracica del 9 gennaio 2024 non ha mostrato gravi discopatie e men che meno compressioni radicolari ed ha concluso affermando che “ non credo che il quadro clinico della Paziente dipenda direttamente dal rachide cervicale (o toracico) ” ma che potrebbe “ trattarsi di un sovraccarico collegato all’utilizzo dell’arto superiore sinistro (non dominante) cui la Paziente non era abituata ” ed ha consigliato una valutazione fisiatrica “ che potrebbe dettare delle linee di trattamento per fisioterapisti ”. Non è stata accertata alcuna incapacità lavorativa. Da parte sua il PD dr. med. \_\_\_\_\_ l’11 gennaio 2024 ha proposto una denervazione per migliorare il dolore alla mano destra (doc. F), operazione effettuata il 2 febbraio 2024 (doc. XIII/1), ossia in un periodo successivo a quello che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali. Neppure la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, nel suo referto del 26 febbraio 2024 (doc. XX/1), fa stato di una incapacità lavorativa, ma descrive la fattispecie e le possibili terapie per curare anche la problematica rachidea associata, secondaria ai problemi di gestione dell’arto superiore destro, mentre l’ergoterapista \_\_\_\_\_ il 13 marzo 2024 si limita a rilevare che l’interessata sta eseguendo sedute di ergoterapia con cadenza settimanale e a descrivere le difficoltà nell’utilizzo della mano destra (doc. XXIV/2). Infine, il PD dr. med. \_\_\_\_\_ il 14 marzo 2024 ha indicato che l’insorgente riferisce un buon decorso post-operatorio al dorso del polso dove il dolore è diminuito, pur avendo un bruciore all’eminenza tenar dopo l’intervento, che secondo lo specialista, tuttavia, ha carattere temporaneo (doc. XXVI/1). Questo Tribunale evidenzia pertanto da una parte che i referti sopra descritti si riferiscono ad un periodo successivo al 24 ottobre 2023 e non devono di principio essere ritenuti nell’ambito della presente procedura. D’altra parte essi non sono neppure atti a modificare l’esito della decisione, siccome la conclusione del medico SMR, secondo cui l’interessata, in attività leggere e con le limitazioni ivi descritte, è abile al lavoro in maniera completa, trova conferma anche nei precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell’utilizzo degli arti superiori. Giova qui segnalare la sentenza 35.2017.37 del 23 novembre 2017, in ambito di assicurazione contro gli infortuni, confermata dall’Alta Corte con STF 8C\_32/2018 del 7 gennaio 2019, in particolare il consid. 2.6., nel quale il TCA ha rilevato quanto segue: “ (...). Ad esempio, in una pronuncia inedita del 12 novembre 1996, l’allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, ad

esempio, ritenuto realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività cosiddette sostitutive, trattandosi di un assicurato cinquantacinquenne che - a causa dei postumi infortunistici interessanti, in particolare, la spalla destra - era impedito nel sollevare pesi superiori ai 10 kg lungo tutto l'asse corporeo. La mobilità era ridotta di 2/3, certi movimenti non erano più possibili, come ad esempio, il sollevamento del braccio oltre i 60°, di modo che il braccio destro poteva unicamente servire come aiuto per il braccio adominante. In una sentenza 35.1997.23 dell'11 settembre 2000 - integralmente confermata dal TFA con sentenza U 449/00 dell'8 maggio 2002 - questo Tribunale ha riconosciuto come reintegrabile nel mondo del lavoro, un'assicurata che, secondo l'avviso dei medici, presentava una mano sinistra infortunata praticamente inutilizzabile, fatta eccezione per delle prese a tre dita senza forza. Il TFA è pervenuto alla medesima conclusione in una sentenza U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, p. 347ss., concernente un assicurato che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere lavori manuali molto leggeri, che non richiedono l'impiego di forza con la mano destra, e il sollevamento di pesi superiori ai 2 kg (e pertanto ritenuto praticamente monco di una mano). In una sentenza 35.2002.88 del 14 aprile 2003, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha giudicato completamente abile in attività leggere dal profilo dell'impegno fisico, comportanti in prevalenza dei compiti di sorveglianza, un assicurato che, a causa di un, citiamo: "importante deficit funzionale e ipotrofia muscolare all'emicinto scapolare destro. Flessione attiva 100°, abduzione 90° solo con il gomito flesso, rotazione interna solo fino all'altezza del trocantere. Ipsensibilità nella regione del deltoide in corrispondenza del territorio di innervazione del nervo ascellare", il medico di fiducia dell'assicuratore aveva ritenuto, citiamo: "... limitato nelle attività lavorative che richiedono l'ingaggio dell'arto superiore destro al di sopra della vita, scostato dal tronco, così come nei movimenti di rotazione. Limitato l'uso di utensili, rispettivamente, macchinari vibranti e contundenti. Trasporto di pesi possibile solo con il braccio pendente, sollevamento di pesi solo al massimo fino al di sotto della vita, tenendo l'arto superiore destro accostato al tronco." (cfr. STCA succitata, consid. 2.6.). Con un giudizio I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). Anche nella STFA U 200/02 del 20 maggio 2003 consid. 2.2, riguardante un'assicurata, la quale, a causa di un infortunio professionale alla mano sinistra adominante, aveva subito l'amputazione del pollice, dell'indice e del medio, come pure una frattura pluriframmentaria della falange basale con instabilità a livello delle articolazioni interfalangee dell'anulare, divenendo praticamente monca di una mano, l'Alta Corte ha ammesso una piena capacità lavorativa dal profilo ortopedico. In una sentenza 8C\_260/2011 del 25 luglio 2011, il TF ha dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno attività lavorative leggere non bimanuali, un assicurato che presentava una paralisi, da parziale a completa, della muscolatura della spalla e del braccio destro dominante. Ad un'analogha conclusione è giunta l'Alta Corte in un'altra sentenza 8C\_311/2015 del 22

gennaio 2016, concernente un assicurato, il quale, per evitare di cadere mentre era intento a scaricare un camion, si era attaccato con il braccio destro alla sponda dello stesso, avvertendo immediatamente forti dolori all'arto superiore in questione. In una sentenza 35.2013.74 dell'8 settembre 2014, il TCA ha confermato la decisione con la quale un falegname, che ha subito l'amputazione dell'avambraccio destro (dominante) nell'utilizzare una sega circolare, è stato ritenuto totalmente abile in attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione), che non richiedono l'utilizzo di entrambi gli arti superiori. Vedi, infine, anche la sentenza di questa Corte 35.2014.57 del 4 maggio 2015, confermata con STF 8C\_396/2015 del 17 settembre 2015, nella quale, nonostante l'infortunio alla spalla sinistra, un assicurato è stato ritenuto inabile in maniera praticamente completa nel lavoro di smontaggio delle carcasse per il recupero dei pezzi di ricambio, ma in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività lavorativa leggera. In una sentenza 35.2016.43 del 22 settembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "tassametrista-impiegato-operaio", che - mentre usciva dalla doccia al proprio domicilio - era caduto, riportando un trauma distorsivo alla spalla destra con lesione transumorale della cuffia rotatoria a livello di sovraspinato e nella porzione craniale del sottoscapolare e, successivamente - mentre andava a prendere l'automobile al proprio domicilio - è scivolato sul ghiaccio, cadendo in avanti con ricezione su entrambi i polsi e dolori di contraccolpo ad entrambe le spalle e riportando una re-rottura della cuffia dei rotatori della spalla sinistra e una rottura della cuffia dei rotatori della spalla destra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito alle spalle. In una sentenza 35.2015.131 del 21 novembre 2016 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "autista" con qualifica di "impiegato-operaio", che - mentre stava caricando il camion - era caduto dalla rampa di carico, riportando una frattura del capitello radiale sinistro tipo Mason II e una frattura composta dello spigolo esterno del processo coronoideo dell'ulna) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico subito al gomito sinistro (adominante). In una sentenza 35.2016.89 del 13 febbraio 2017 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "muratore" che, a causa di un infortunio professionale con una sega circolare, aveva subito un intervento di amputazione trans-P2 del IV dito a destra) era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico alla mano destra (dominante), e, quindi, un lavoro leggero dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi e della manipolazione di attrezzi (anche di precisione) che non richiede un'ottima presa della mano destra e sinistra nel contempo rispettivamente un'ottima agilità di ambedue le mani contemporaneamente. In una sentenza 35.2016.103 del 23 marzo 2017 questo Tribunale ha ritenuto accertato che, nonostante il danno alla salute infortunistico, l'assicurato (di professione "parrucchiere" che, a causa di tre infortuni non professionali, aveva riportato delle limitazioni al gomito sinistro dominante), era in grado di svolgere a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa compatibile con le limitazioni derivanti dal danno alla salute infortunistico (e più precisamente: prevalentemente impedito nei movimenti ripetitivi di flessione-estensione e di pronazione-supinazione del gomito sinistro specie se contro resistenza o con pesi superiori i kg. 2-3 e possibile l'esecuzione ripetitiva di non più

di 3-4 movimenti al minuto). Infine, in una sentenza 35.2017.10 del 22 giugno 2017, il TCA ha giudicato completamente abile al lavoro in attività sostitutive adeguate, un assicurato che presentava uno stato dopo contusione del dorso della mano destra con sviluppo di una malattia di Sudeck che aveva portato a esiti tragici in una situazione paragonabile a un amputato del braccio destro. Va inoltre rilevato che il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica e astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati (cfr. DTF 110 V 273 e Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 170 p. 899). Il mercato del lavoro accessibile ai lavoratori non qualificati è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (RCC 1989 p. 331 consid. 4a). Tuttavia, nell'industria e nell'artigianato, le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite delle macchine, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza che possono essere svolte da personale non qualificato o semi qualificato (SVR 2002 UV Nr. 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C\_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). In una sentenza 8C\_971/2008 del 23 marzo 2009, l'Alta Corte ha ribadito che anche per gli assicurati funzionalmente monchi di un braccio, esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio: (...). Questa giurisprudenza è stata ulteriormente confermata con la STF 8C\_451/2016 del 17 ottobre 2016 consid. 5.1, pubblicata in SVR 2017 Nr. 20 consid. 5.1, in cui l'Alta Corte ha ribadito che sul mercato equilibrato del lavoro vi sono possibilità d'occupazione sufficientemente realistiche per persone che vanno ritenute funzionalmente monche di un braccio e che inoltre possono ancora eseguire soltanto dei lavori leggeri (cfr., fra le tante, STCA 35.2017.2 del 2 ottobre 2017, consid. 2.6).” Ancora con STF 8C\_462/2020 del 27 agosto 2020, la Corte federale ha confermato che nel caso di assicurati limitati nell'utilizzo di un arto superiore, da considerare pienamente abili al lavoro nello svolgimento di attività leggere e rispettose dei limiti funzionali, esiste un mercato del lavoro sufficientemente ampio. Nella sentenza 9C\_39/2022 del 24 marzo 2022, al consid. 4.2, il Tribunale federale ha ribadito il medesimo concetto: " (...) Gemäss den verbindlichen vorinstanzlichen Feststellungen kann der Versicherte seinen (nicht dominanten) linken Arm nicht einsetzen; zudem ist auch die Feinmotorik seiner dominanten rechten Hand eingeschränkt. Wie die Vorinstanz zutreffend erwogen hat, bietet der theoretische ausgeglichene Arbeitsmarkt auch für Personen mit einem solchen Tätigkeitsprofil ausreichende realistische Beschäftigungsmöglichkeiten. Zu denken ist etwa an die Bedienung und Überwachung von automatischen Maschinen und Produktionseinheiten, die mit keinerlei körperlicher Anstrengung verbunden sind (vgl. auch Urteile 9C\_520/2021 vom 22. Dezember 2021 E. 4.3 und 8C\_442/2019 vom 20. Juli 2019 E. 4.2). Somit hat die Vorinstanz kein Bundesrecht verletzt, als sie die Verwertbarkeit der verbliebenen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit bejahte.” La conclusione dell'UAI secondo cui la ricorrente può svolgere un'attività semplice di tipo amministrativo o di controllo senza l'utilizzo della mano destra è pertanto conforme alla giurisprudenza. In queste condizioni la valutazione del medico SMR merita conferma, senza la necessità di procedere con una perizia specialistica, né di richiamare l'incarto completo, compresa la cartella clinica, dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ o di assumere le ulteriori prove genericamente elencate nel ricorso, tra cui l'audizione del marito. A questo proposito va rammentato che per l'art. 49 cpv. 1 OAI i servizi medici regionali (SMR) valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata

generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Secondo l'art. 49 cpv. 1 bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022 nello stabilire la capacità funzionale (art. 54a cpv. 3 LAI) va considerata e motivata la capacità al lavoro attestata a livello medico nell'attività precedentemente svolta e nelle attività adattate, tenendo conto di tutte le risorse fisiche, psichiche e mentali, nonché delle limitazioni, in termini qualitativi e quantitativi. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. I servizi interni dell'SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. L'SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C\_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). U na valutazione sulla base dei soli atti medici (“Aktengutachten”) senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se, come nel caso di specie, si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C\_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C\_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C\_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). In concreto, per i motivi esposti in precedenza, non è di conseguenza necessario assumere ulteriori prove. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base a un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_779/2020 del 7 maggio 2021 consid. 5.2.; STF 8C\_611/2019 dell'11 maggio 2020 consid. 5.2.; STF 8C\_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C\_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C\_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C\_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C\_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C\_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, accertato che lo stato di salute della ricorrente è migliorato nel corso del mese di maggio 2022, è a giusta ragione che l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita tre mesi dopo l'avvenuto miglioramento (art. 88a cpv. 1 OAVS), ossia il 31 agosto 2022, ritenuto che dal raffronto dei redditi, il cui calcolo non è stato contestato dall'assicurata, risulta un grado d'invalidità nullo (doc. B).