

## **TI\_GERICHTE 32.2023.48 vom 27. März 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-03-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.48](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.48)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.48 du 27 mars 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.48 del 27 marzo 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134 ). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'AI, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. 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'AI; 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; sul valore probatorio delle certificazioni dei medici curanti cfr. al consid. 2.8.3). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni

(Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001 e 32.2019.174 del 13 luglio 2020; DTF 130 V 352).

2.6. Dagli atti di causa risulta che nell'ambito dell'esame della prima domanda di prestazioni presentata nel marzo 2003, Ufficio AI del Canton \_\_\_\_\_ aveva tra l'altro predisposto l'esecuzione di una perizia a cura del dr. \_\_\_\_\_, chirurgo della mano. Quest'ultimo, nel referto del 1. luglio 2004, ricordato come l'assicurata fosse stata operata il 23 aprile e 5 novembre 2002 al tunnel carpale del braccio destro e come la medesima lamentasse dolori anche al braccio sinistro, poste le diagnosi di “ Status nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms rechts mit postoperativer Sudeck-Dystrophie, Status nach Exzision eines dorsalen Handgelenkganglions rechts, Neurom im Bereiche des Ramus palmaris des Nervus medianus, Nicht operiertem Karpaltunnelsyndrom links”, ha concluso ritenendo l'assicurata inabile nella professione precedentemente esercitata, ma abile totalmente in un'attività leggera adeguata e al 50% nello svolgimento delle faccende domestiche (doc. AI pag. 122). In una nuova perizia del 18 luglio 2006, sempre il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato che rispetto al 2004 la situazione era peggiorata interessando in misura rilevante anche il braccio sinistro con sintomi e dolori come al braccio destro e mobilità molto limitata. Ha quindi confermato le diagnosi poste nella precedente valutazione aggiungendo quella di “ Chronifiziertes Schmerzsyndrom” ad entrambe le braccia (doc. AI pag. 234). Una valutazione peritale è pure stata eseguita dal dr. \_\_\_\_\_, neurologo, il quale, nel referto del 20 febbraio 2007, attestati i dolori ad entrambe le braccia e le mani, ha negato la presenza di un danno neurologico invalidante (doc. AI pag. 248). Con decisione del 16 maggio 2008 l'amministrazione, considerata l'assicurata salariata al 100% e ritenuta un'inabilità lavorativa del 50% nella sua precedente attività, ma dello 0% in attività adeguate, con un conseguente grado di invalidità del 52%, le ha attribuito una mezza rendita dal 1. agosto 2005 (doc. AI pag. 369). La decisione è cresciuta incontestata in giudicato. La prestazione è in seguito stata confermata con comunicazione del 25 agosto 2010 (doc. AI pag. 429). Nel corso della nuova revisione avviata nel gennaio 2016 l'assicurata ha fatto pervenire documentazione relativa ad un

intervento in artroscopia diagnostica al polso sinistro il 6 giugno 2013 e alle infiltrazioni di corticosteroidi, ad opera del dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel rapporto di visita ambulatoriale del 23 gennaio 2015, aveva posto le diagnosi di “ Sospetta instabilità medio carpica con: - probabile sindrome da impatto ulna carpica polso sinistro, - esiti dopo artroscopia diagnostica radio carpica con debridement disco triangolare, sinovectomia in sede radio carpica il 6.6.2013, - esiti dopo infiltrazione di corticosteroidi in sede ulno carpica il 4.12.2013, - esiti dopo artroscopia diagnostica radio carpica e medio carpica con debridement del disco triangolare, sinovectomia in sede radio carpica e debridement del legamento scafo lunare con shrinking il 16.10.2014, e Borsite olecranonica gomito bilaterale”, oltre alle diagnosi “ collaterali ” di “ Morbo di De Quervain polso sinistro traumatizzato esiti dopo infiltrazione di corticosteroidi il 27.03.2013, esiti dopo decompressione a ciclo aperto del nervo mediano all'altezza del canale carpale destro (04.2002) su reazione alga distrofica mano destra con persistenti disestesie locali (AI del 52%), escissione ganglio articolare dorsale (11.2002), stato dopo isterectomia vaginale, dopo colecistectomia, dopo taglio cesareo, dopo appendicectomia, conosciuti disturbi dispeptici funzionali, asma bronchiale di tipo allergico, emicrania”. Lo specialista si è espresso come segue : " (...) Il quadro clinico è invariato rispetto a quanto già riportato durante le ultime visite. La situazione si è pressoché stabilizzata. Si confermano due zone di dolore e cioè all'altezza dell'articolazione radio ulnare distale e in sede radio carpica rispettivamente medio carpica. Questo è già stato anche constatato durante i due interventi in artroscopia. Come già accennato durante l'ultima visita ho proposto alla paziente una seconda opinione a livello universitario e ho consigliato il Dr. \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale Universitario di \_\_\_\_\_. La paziente è d'accordo. (...). Per quanto riguarda la borsite, ora bilaterale ho consigliato di mettere una gomitiere elastica e di prendere dei FANS. Viene seguita dall'ergoterapista per dei trattamenti combinati sia al polso smista-o che ad entrambi i gomiti.” (doc. AI pag. 448) Il 22 febbraio 2016 il curante dr. \_\_\_\_\_, internista, ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ Sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRC) mano dx, su st.d. intervento per tunnel carpale dx (04.2002), st.d. escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002), st.d. algodistrofia dopo intervento al canale carpale dx con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale (valutazione Dr. \_\_\_\_\_ 02.2010 )”, ritenendo l'assicurata impossibilitata a riprendere il suo lavoro come segretaria (doc. AI pag. 470). Nell'Annotazione del 22 agosto 2016 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha concluso che l'esame della documentazione prodotta permetteva di concludere per uno stato di salute invariato (doc. AI pag. 485). Di conseguenza, con comunicazione del 25 agosto 2016 la mezza rendita è stata confermata (doc. AI pag. 486). Con scritti dell'8 e 23 settembre 2020 l'assicurata ha fatto valere un peggioramento delle sue condizioni. Sottolineati i problemi alle mani e l'impossibilità di svolgere molte attività casalinghe, e la presenza di una sindrome lombovertebrale e cervicale e problematiche psichiatriche, ha chiesto una revisione della prestazione, precisando che il peggioramento era da situare nel 2015 per quanto riguardava le affezioni somatiche e nel 2018 per quelle psicologiche (doc. AI pag. 488). Ha prodotto scritti del 29 luglio 2019 e 23 settembre 2020 del dr. \_\_\_\_\_ attestanti un peggioramento delle condizioni dal 2014, con disturbi alle mani invalidanti e dolori lombari cronici “ su alterazioni degenerative diffuse che peggiorano il quadro clinico ”, e le diagnosi seguenti: " Diagnosi permanente - Sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRC) mano dx su st.d. intervento per tunnel carpale dx (04.2002), st.d. escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002), st.d.

algodistrofia dopo intervento al canale carpale dx con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale (valutazione dr. \_\_\_\_\_ 02.2010) - Emicrania e Asma bronchiale allergico (valutazione Dr. \_\_\_\_\_ 2009) - Sindrome lombovertebrale - RM lombare (26.1.2018): piccola protrusione discale e fissurazione L4-5 mediana-paramediana, non conflitti radicolari, piccola protrusione discale mediana-paramediana L5-S1 senza conflitti radicolari - Disturbi dispeptici funzionali: gastroscopia (07.12.2012): lieve ins. iatale senza esofagite erosiva (biopsie normali), ecografia addominale (21.12.2012): normale, test resp. intolleranza al lattosio neg. (3.2014), celiachia esclusa (Ac neg 2.2014) Diagnosi secondaria Diagnosi collaterali: - dexa (23.7.2019): normale - st.d settoplastica funzionate e turbinoplastica bilat., fronto-sfenoetmoidectomia bilat. (26.2.2018) - st.d. isterectomia vaginale in laparoscopia conservativa degli annessi (10.2011) e asportazione IUD per menometrorragie/ipermenorrea - st.d. colecistectomia (2007) - st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica e mediocarpica polso sx con debridement disco triangolare, sinovectomia e debridement leg. scafo-lunare e shrinking (16.10.2014) - st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica polso sx con debridement disco triangolare (TFCC), sinovectomia In sede radio carpica (6.6.2013) - st.d. taglio cesareo (2001), appendicectomia (1983), intervento al piede dx, trombosi anale.” (doc. AI pag. 492) Ha versato agli atti documenti già all’inserto e rapporti di visite al PS (doc. AI pag. 511, 512, 516 e 519) oltre ad un referto del 29 gennaio 2018 di una RM alla colonna lombare nativa, per “ lombosciatalgia destra in territorio L5-S1” (doc. AI pag. 518). Sentito il medico SMR (cfr. annotazione 21 novembre 2020, doc. AI pag. 526), con decisione 18 gennaio 2021 (confermata dal TCA il 4 maggio 2021; STCA 32.2021.21), l’amministrazione non è entrata nel merito della richiesta di revisione. 2.7. Una nuova revisione della rendita è stata avviata nel settembre 2021. Dopo aver valutato la certificazione del 17 settembre 2021 del dr. \_\_\_\_\_, confermate le diagnosi poste precedentemente (cfr. certificazione del 23 settembre 2020, doc. AI pag. 492 e pag. 643) e del 30 settembre 2021 della dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra curante dal dicembre 2018 – per la quale, poste le diagnosi con influenza sull’abilità lavorativa di “ Episodio depressivo di media gravità ICD 10 F32.1, da fine 2020 e Sindrome da attacchi di panico ICD 10 F 41.0” , la capacità lavorativa dell’assicurata era “ parzialmente ridotta ”, con un’abilità del 50% nella sua attività lavorativa svolta in precedenza; doc. AI pag. 653 – vista la presa di posizione del SMR del 25 ottobre 2021 (per il quale lo stato valetudinario appariva “ stabile e con limitazioni parziali al 50% analoghe ad ora ”, doc. AI pag. 665), con comunicazione del 25 ottobre 2021 l’amministrazione ha confermato la mezza rendita d’invalidità ritenuto come la situazione appariva immutata (doc. AI pag. 661). L’assicurata ha accettato tale comunicazione, non postulando, come era in suo diritto, una decisione formale suscettibile di ricorso. Nel gennaio 2023 l’interessata ha nuovamente chiesto la revisione della rendita allegando una certificazione del 21 dicembre 2022 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del seguente tenore: " Con il presente intendo fornire alcune informazioni in merito alla paziente in oggetto che seguo in terapia da anni a causa di una sintomatologia ansioso depressiva, che si acutizza in alcune situazioni particolari e periodi dell'anno. Il quadro clinico era caratterizzato da umore deflesso, apatia, anergia, rialzi della quota ansiosa e disturbi del riposo notturno. Esso era. in quel periodo, reattivo ad alcuni eventi di vita particolarmente stressanti. In particolare, in seguito al decesso della madre avvenuto nell'aprile 2018, sono aumentate le sue difficoltà ad uscire di casa da sola, tanto da impedirle di recarsi autonomamente in luoghi distanti da casa o non ben conosciuti. Da quel momento la presa a carico è proseguita con fasi alterne ed è stata caratterizzata da alcune

oscillazioni del tono d'umore e della quota ansiosa, gestibili con sostegno psicologico regolare e fitoterapia. Nel corso dell'estate 2020, invece, la situazione è andata progressivamente peggiorando fino a determinare un quadro clinico caratterizzato da umore francamente deflesso, labilità emotiva, perdita di interesse anche per attività fino a quel momento piacevoli, energia, scarsa autostima, affievolimento dell'istinto vitale, crisi di ansia. Si sono, inoltre, intensificate le sue difficoltà ad uscire di casa soprattutto per recarsi in luoghi poco conosciuti. Da quel momento si è resa necessaria una terapia farmacologica, che è stata incrementata nel corso del tempo per riuscire ad arginare e contenere la sintomatologia, spesso invalidante. Ritengo che la Signora RI 1 abbia un'organizzazione di personalità piuttosto fragile che la rende particolarmente vulnerabile agli stress e che questa condizione sia andata peggiorando nel corso degli anni fino a cronicizzarsi, stabilizzandosi ad un livello che compromette in maniera marcata il suo funzionamento. A ciò vanno aggiunti i noti problemi fisici di cui soffre (per i dettagli inerenti si rimanda al Dottor \_\_\_\_\_) che inficiano ulteriormente la sua situazione. Tutti questi motivi mi spingono a ritenere che non solo la qualità della vita della signora RI 1 sia compromessa, ma anche la sua abilità lavorativa e che, a questo proposito, la prognosi sia negativa; non ritengo possibile, quindi, una ripresa della capacità al lavoro almeno nel medio periodo. Diagnosi: **Sindrome depressiva ricorrente con episodi di media gravità (ICD 10 F 33.1), Agorafobia (ICD1 OF 40.0) (...)**" (doc. AI pag. 850) Il dr. \_\_\_\_\_, con certificati del 12 e 23 gennaio 2023, ha confermato le predette diagnosi invalidanti (in particolare le affezioni alle mani e la sindrome lombovertebrale) e ha affermato che " a mio modo di vedere la paziente può svolgere delle attività da ufficio fisicamente non pesanti, che non presuppongano frequenti spostamenti, l'utilizzo continuo delle mani e il mantenimento della posizione eretta" (doc. AI pag. 863 e 876). In merito il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, con Annotazione del 12 gennaio 2023, ha affermato che il certificato della dr.ssa \_\_\_\_\_ riportava informazioni comparabili a quanto da lei già espresso nel rapporto pervenuto il 29 luglio 2022 rispettivamente non comprovava una modifica dello stato di salute (doc. AI pag. 858). Il 2 febbraio 2023, esprimendosi anche sulla parallela procedura di richiesta dell'AGI, egli ha ancora affermato: " Ho preso visione della lettera dell'assicurata del 25.01.2023, che riporta riferimenti alla CIGI e alla sentenza del TCA rispettivamente considerazioni personali per le quali essa avrebbe diritto ad AGI di grado medio nonostante le osservazioni oggettive in sede di inchiesta il 25.10.2022 e in sede SMR il 15.12.2022. E del tutto inverosimile che la situazione si sia significativamente modificata in poco più di un mese. Per quanto concerne il rapporto AI del Dr. \_\_\_\_\_ del 23.01.2023 questo riporta lo stato medico noto con riferimenti attribuiti soggettivamente alla paziente riguardo difficoltà nella conduzione dell'economia domestica senza considerazioni oggettive da parte del curante per quanto concerne espressamente il diritto ad AGI. L'assicurata allega un certificato del Dr. \_\_\_\_\_ del 12.01.2023 da cui emergono problematiche alle mani e ai polsi con mobilità limitata e forza ridotta con necessità di aiuto nello svolgere le pulizie domestiche, fare la spesa, preparare i pasti, eseguire bucato e stiro. Si tratta di questioni relative alla conduzione dell'economia domestica non ad una oggettiva necessità regolare e notevole di terzi nello svolgere gli atti della vita quotidiana ovvero necessità di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana. Senza contare che tali limitazioni di movimento e forza agli arti superiori renderebbero l'assicurata non idonea alla guida, condizione questa negata dall'assicurata e non da me osservata in visita SMR: l'assicurata ha affermato di condurre l'automobile senza problemi anche su lunghi percorsi. Lo scorso agosto si è recata con la figlia per cinque giorni in vacanza in un hotel di

\_\_\_\_\_ sulla \_\_\_\_\_: la figlia non ha le patenti; ha, dunque, condotto lei stessa l'auto. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ nel certificato del 21.12.2022 riporta lo stato clinico noto; per quanto concerne eventuali necessità Agi riporta difficoltà ad uscire di casa in seguito al decesso della madre in aprile 2018; tuttavia, non vi sarebbe stato in quel momento alcun trattamento medico specifico né una presa a carico continuativa. Le difficoltà ad uscire si sarebbero intensificate in estate 2020 e solo da allora la presa a carico sarebbe stata incrementata con prescrizione farmacologica. A tale riguardo, rilevo che durante l'inchiesta del 25.10.2022 così come all'osservazione SMR del 15.11.2022, l'assicurata non ha fornito elementi concreti che facciano presagire il rischio di un'istituzionalizzazione se lasciata sola. È una persona lucida, capace di strutturare la giornata in modo autonomo e capace di intendere e volere come nei fatti è dimostrato indirettamente dalla lucidità con cui ha redatto le sue osservazioni il 25.01.2023 con riferimenti puntuali alla normativa in termini di AGI senza, tuttavia, fornire elementi concreti ed oggettivi che permettano un diverso apprezzamento rispetto alle osservazioni eseguite in sede UAI. In conclusione, in assenza di fatti nuovi o cambiamenti significativi, rimane valida la precedente posizione SMR.” (doc. AI pag. 879) La dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra curante in sostituzione della dr.ssa \_\_\_\_\_, il 2 febbraio 2023 ha attestato un'inabilità lavorativa come impiegata d'ufficio “ da anni” (doc. AI pag. 889). In merito il dr. \_\_\_\_\_ del SMR il 9 febbraio 2023 ha osservato che “ il rapporto AI della Dr.ssa \_\_\_\_\_ non contiene nuove informazioni, allega il certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ su cui avevo preso posizione il 12.01.2023. Per quanto concerne il rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ pervenuto il 27.01.2023, non contiene informazioni di novità riguardo le note patologie somatiche con influsso sulla capacità lavorativa. Il Dr. \_\_\_\_\_ non certifica inabilità lavorativa. In assenza di fatti nuovi o modificazioni significative ed oggettive di fatti noti, lo stato di salute è da considerare stazionario ” (doc. AI pag. 891). In fase di osservazioni al progetto di decisione del 14 febbraio 2023 l'assicurata ha fatto pervenire una certificazione del dr. \_\_\_\_\_ del 13 marzo 2023 del seguente tenore: " con la presente vi informo che la sopraccitata paziente ha, da una parte, una sindrome depressiva ricorrente associata ad un'agorafobia per la quale è seguita dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ e per cui mi rifaccio al suo certificato datato 21.12.2022. Dall'altra ha, dal punto di vista somatico, una nota sindrome lombovertebrale con delle alterazioni degenerative diffuse per cui ha dei dolori lombari cronico-ricidivanti che ne limitano la deambulazione e l'attività fisica. Vi sono inoltre dette problematiche a livello di entrambi le mani e i polsi per cui la paziente ha già subito vari interventi e per cui vi sono dei dolori diffusi a quest'ultimi, una mobilità fine limitata e una forza ridotta. In aggiunta vi sono delle dita a scatto per cui ha recentemente subito delle terapie infiltrative. Il quadro somatico (per quello psichico mi rifaccio alla valutazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_) è soggettivamente in costante aggravamento. A tal proposito la paziente necessita di aiuto per svolgere le pulizie domestiche, fare la spesa, preparare i pasti ed eseguire i lavori di bucato e stiratura. La situazione abitativa della paziente è cambiata, passando da un appartamento ad una casa di 3 piani. Per le motivazioni di cui sopra ritengo assolutamente indispensabile un aiuto per la sopraccitata paziente.” (doc. AI pag. 910) Inoltre il 20 febbraio 2023 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha affermato: " Come richiesto dalla paziente in oggetto, comunico la sua situazione clinica, intervenendo in sostituzione della curante psichiatra momento assente. La sig.ra RI 1 intende porre opposizione alla valutazione dell'Ufficio AI rispetto a una non entrata in materia sulla riconsiderazione dell'incapacità lavorativa. La paziente riferisce un peggioramento significativo della sua funzionalità quotidiana e sociale. Ella racconta di necessitare aiuto sia per la sua igiene personale che per la gestione della casa oltre a un

disturbo di ansia che non le permette di usare di casa. La paziente ricorda che fino a due anni prima era in grado di gestire una squadra amatoriale di pallavolo mentre ora non riesce neppure a entrare in palestra. Ci sono inoltre delle preoccupazioni rispetto a problemi economici legati al riconoscimento degli aiuti sociali che le vengono negati, che concorrono a peggiorare lo stato di angoscia. Ella riferisce che nonostante le cure non sia stato alcun miglioramento. Posso constatare riduzione delle funzioni cognitive, umore deflesso, irritabilità, quota ansiosa importante, anergia, abulia, scarsa autostima, disturbi fobici (agorafobia), pensieri di inadeguatezza e ingiustizia (non si sente riconosciuta nel suo dolore), ruminazione del pensiero, nell'ambito di una personalità fragile. Nel suo certificato del 21.12.2022 la curante dr.ssa \_\_\_\_\_ segnalava un peggioramento clinico a partire dall'estate del 2020 che ha necessitato un incremento della terapia farmacologica e una prognosi per una ripresa lavorativa infausta. Terapia farmacologica attuale; Cymbalta 90mg/die, Pregabalin 175 mg/die, Trittico 50 mg la notte, Temesta al bisogno. Ritengo che la diagnosi sia Sindrome depressiva ricorrente con episodi di media gravità (ICD10: F33.1) e Agorafobia (ICD10: F 40.0). Da ultimo segnalo che anche a mio modo di vedere la prognosi sia incerta e suscettibile di peggioramento e che in accordo con la Dr.ssa \_\_\_\_\_ la paziente presenti una riduzione della capacità lavorativa totale per motivi psichiatrici." (doc. AI pag. 913) In merito si è espresso il dr. \_\_\_\_\_ del SMR il 17 marzo 2023, nel senso che le nuove certificazioni non apportavano alcun elemento nuovo (doc. AI pag. 918). La decisione contestata ha quindi statuito come segue: " (...) lei ha inoltrato una richiesta di aumento della rendita d'invalidità. Le disposizioni legali che le competono si trovano in allegato. La nostra decisione si basa su questi presupposti. Esito degli accertamenti Lei è beneficiaria di mezza rendita d'invalidità con un grado del 52% come da decisione 16.05.2008. In data 11.01.2023 ha presentato una richiesta di riesame della rendita AI. Abbiamo proceduto alla rivalutazione del suo caso aggiornando la documentazione medica. Il nostro Ufficio ha determinato che quanto pervenuto agli atti non apporta alcuna modifica alla nostra precedente valutazione. Lei continuerà pertanto a percepire una mezza rendita d'invalidità con un grado del 52%. Decidiamo pertanto: La richiesta di aumento della rendita d'invalidità è respinta. Audizione Abbiamo ricevuto il suo scritto datato 14.03.2023 con allegati: il rapporto del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 13.03.2023; il rapporto della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 20.02.2023; il certificato medico della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ del 21.12.2022. Il tutto è stato sottoposto all'attenzione del nostro Servizio medico regionale (SMR) che, dopo accurata analisi, conferma la nostra precedente valutazione. Pertanto il nostro progetto di decisione del 14.02.2023 viene confermato. Reintegrazione Attualmente non sono previsti provvedimenti di reintegrazione. Una nuova verifica della situazione medica, personale e lavorativa non escluderà, se sarà indicata, l'adozione di provvedimenti reintegrativi con lo scopo di migliorare la capacità a guadagno." Dinanzi al TCA l'assicurata ha contestato le conclusioni sulla capacità lavorativa e ha prodotto una nuova certificazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 5 maggio 2023 che ha affermato: " Certifico di aver avuto un colloquio clinico con la paziente in oggetto in data 04.05.2023 dopo un periodo di pausa dovuto alla mia assenza per congedo durante il quale ella ha fatto riferimento alla collega Dottoressa \_\_\_\_\_. La condizione clinica della paziente è rimasta pressoché invariata, caratterizzata da umore orientato al polo negativo, ansia fluttuante con recrudescenze marcate soprattutto nelle situazioni che comportano relazioni sociali e contatti con persone o ambienti con cui non ha familiarità. Costata l'assenza di miglioramenti nonostante la terapia farmacologica in atto la paziente ha accettato di iniziare una psicoterapia con la Psicologa \_\_\_\_\_ che inizierà a breve."

(doc. D) 2.8. Nella concreta fattispecie, dopo attento esame della documentazione agli atti – rammentato nuovamente che nell’ambito di una revisione secondo la giurisprudenza il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito dall’ultimo provvedimento amministrativo cresciuto in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita (DTF 133 V 108, 130 V 351 consid. 3.5.2 e per esteso al consid. 2.3), e che la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (sentenza 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche la STF 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2 e sopra al consid. 2.5) – questo Tribunale, per i motivi che seguono, non può che confermare la decisione dell’Ufficio AI, con la quale ha negato l’intervento di un peggioramento rilevante delle condizioni dell’assicurata rispettivamente della sua capacità lavorativa, e, quindi, confermato il diritto alla mezza rendita. A ragione l’amministrazione ha in effetti concluso che rispetto alla decisione di concessione della mezza rendita del 16 maggio 2008 – con la quale è stata attribuita la prestazione considerata un’abilità lavorativa del 50% in attività adeguate con un conseguente grado d’invalidità del 52% (doc. AI pag. 346 e 369) – rispettivamente rispetto all’ultima conferma della prestazione del 25 ottobre 2021 – resa dopo revisione e l’effettuazione degli accertamenti medici del caso e la presa di posizione del SMR (doc. AI pag. 661) – lo stato di salute dell’assicurata e di conseguenza la sua abilità lavorativa risultavano stazionari rispetto alle precedenti valutazioni.

2.8.1 Per quanto riguarda innanzitutto le affezioni somatiche, in effetti, la domanda di revisione si è basata sostanzialmente su documentazione attestante le note problematiche alle mani e ai polsi (a destra in stato dopo Sudek e a sinistra con sospetta instabilità medio carpica) e alla sindrome lombovertebrale. In effetti già in occasione dell’attribuzione della mezza rendita, all’assicurata erano state riconosciute svariate diagnosi e limitazioni, che segnatamente interessavano entrambi i polsi (cfr. valutazioni peritali del 1. luglio 2004 e 18 luglio 2006 del dr. \_\_\_\_\_, chirurgo della mano, il quale aveva diagnosticato anche una “Chronifiziertes Schmerzsyndrom”; doc. AI 29), oltre ad una sindrome lombovertebrale, con un’abilità lavorativa del 50% (decisione del 19 febbraio 2008, doc. AI pag. 290). Anche la documentazione prodotta nelle successive revisioni, in riferimento soprattutto agli interventi eseguiti dal dr. \_\_\_\_\_ al polso sinistro nel giugno e dicembre 2013 (cfr. attestazione del dr. \_\_\_\_\_ di “Sospetta instabilità medio carpica (...), Borsite olecranica gomito bilaterale” oltre alle diagnosi “collaterali” di “Morbo di De Quervain polso sinistro traumatizzato esiti dopo infiltrazione di corticosteroidi il 27.03.2013, esiti dopo decompressione a ciclo aperto del nervo mediano all’altezza del canale carpale destro (04.2002) su reazione alga distrofica mano destra con persistenti disestesie locali (AI del 52%), Escissione ganglio articolare dorsale (11.2002) (...), Asma bronchiale di tipo allergico, Emicrania”; doc. AI pag. 448; cfr. al consid. 2.6 in esteso), aveva confermato che “la problematica principale limitante è di tipo locomotorio ai due polsi (destro in stato dopo Sudek e sinistro con sospetta instabilità medio carpica anche qui indagata esaustivamente; annotazione SMR del 22 agosto 2016, doc. AI pag. 485), ragione per cui lo stato di salute era stato considerato invariato, con la conferma della mezza prestazione mediante la comunicazione del 25 agosto 2016 (doc. AI 124). Come già in occasione della richiesta di revisione del settembre 2020 (evasa con una decisione di non entrata nel merito del 16 gennaio 2021, confermata dal TCA mediante pronuncia del 4 maggio 2021) e della conferma della prestazione mediante comunicazione del 25 ottobre 2021, le varie

attestazioni del medico curante dr. \_\_\_\_\_ hanno confermato le affezioni già note (cfr. i precedenti certificati del 29 luglio 2019, 23 settembre 2020 e 17 settembre 2021; cfr. ai consid. 2.6. e 2.7, doc. AI pag. 492, 643). Nel certificato del 12 gennaio 2023 egli ha in effetti nuovamente ribadito che l'assicurata era affetta dalla " nota sindrome lombovertebrale con delle alterazioni degenerative diffuse per cui ha dei dolori lombari cronico-ricidivanti che ne limitano la deambulazione e l'attività fisica ", aggiungendo che vi erano inoltre " delle problematiche a livello di entrambi le mani e i polsi per cui fa paziente ha già subito vari interventi e per cui vi sono dei dolori diffusi a quest'ultimi, una mobilità fine limitata e una forza ridotta " (doc. AI pag. 876). Il 23 gennaio 2023 il dr. \_\_\_\_\_ ha confermato le diagnosi con valenza invalidante di: " Sindrome depressiva ricorrente con episodi di media gravita Agorafobia. Sindrome lombovertebrale. Sospetta reazione algodistrofica (sindrome del dolore regionale complesso, SDRC) mano dx - st.d. intervento per tunnel Carpale dx (04.2002), st.d. escissione di ganglio articolare dorsale (11.2002). St.d. algodistrofia dopo intervento al canale carpale dx con persistenti disestesie locali, possibile neuroma cicatriziale valutazione Dr. \_\_\_\_\_ 02.2010) st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica e mediocarpica polso sx con debridement disco triangolare. sinovectomia e debridement leg. scafo-lunare e shrinking (16.10.2014) st.d. artroscopia diagnostica radiocarpica polso sx con debridement disco triangolare (TFCC). Sinovectomia in sede radio carpica (6.6.2013)" Esprimendosi sulla capacità lavorativa ha affermato che " a mio modo di vedere la paziente può' svolgere delle attività da ufficio fisicamente non pesanti, che non presuppongano frequenti spostamenti, l'utilizzo continuo delle mani e il mantenimento della posizione eretta" , precisando che " è esigibile un'attività da ufficio almeno al 50% " e rimandando inoltre alla psichiatra curante per quanto di sua pertinenza (doc. AI pag. 863). Considerato come l'attestazione del curante avesse in sostanza confermato le precedenti certificazioni che erano state in ogni modo attentamente vagliate dall'amministrazione nell'ambito delle precedenti revisioni della prestazione (cfr. certificazioni del 29 luglio 2019, 23 settembre 2020, e 17 settembre 2021; cfr. consid. 2.6 e 2.7), a ragione il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, con annotazione del 9 febbraio 2023, ha osservato che tale documentazione non conteneva informazioni di novità riguardo alle note patologie somatiche con influsso sulla capacità lavorativa, lo stato dell'assicurata essendo da considerare stazionario (doc. AI pag. 891; cfr. in esteso al consid. 2.7). Nemmeno la certificazione del curante del 13 marzo 2023 prodotta in fase di osservazioni al progetto di decisione del 14 febbraio 2023 ha permesso di comprovare una modifica della situazione rispetto alla conferma della prestazione del 25 ottobre 2021. In effetti, con tale scritto il dr. \_\_\_\_\_ si è sostanzialmente limitato a nuovamente elencare le affezioni diagnosticcate, non evidenziando modificazioni recenti dello stato di salute, sottolineando che il quadro somatico era in costante peggioramento, ma non attestando una maggiore inabilità lavorativa (doc. AI pag. 910, cfr. in esteso al consid. 2.7). Il dr. \_\_\_\_\_ del SMR con annotazione del 17 marzo 2023 ha quindi con pertinenza concluso che tale certificazione non attestava alcuna modificazione dello stato di salute (doc. AI pag. 918; cfr. in esteso al consid. 2.7). Del resto, contrariamente a quanto affermato dalla ricorrente, il fatto che ella soffra ora anche di "dita a scatto" non permette in tutta evidenza, peraltro nemmeno secondo quanto certificato dal curante, di modificare le conclusioni sulla capacità lavorativa. Si deve pertanto concludere che la documentazione medica prodotta dalla ricorrente fa stato in sostanza delle medesime affezioni e diagnosi già evidenziate e indagate nell'ambito della prima decisione di attribuzione della prestazione e delle successive revisioni eseguite nel marzo 2010, gennaio 2016 e settembre 2021, osservato

come le relative comunicazioni di conferma della prestazione del 25 agosto 2010 rispettivamente 25 agosto 2016 e 25 ottobre 2021, non sono state contestate e sono pertanto da considerare vincolanti. Il curante non espone in che misura e in che modo le patologie elencate influirebbero sulla capacità lavorativa in maniera e in misura diverse da quanto diffusamente valutato, in modo vincolante, nell'ambito della decisione del 2008 e delle successive revisioni e in particolare dell'ultima conferma della prestazione avvenuta nell'ottobre 2021. Anzi: nel rapporto allestito per l'AI il 23 gennaio 2023 egli non solo conferma le note diagnosi, ma pure la sua conclusione di inabilità lavorativa del 50%, anche nell'attività svolta in precedenza (impiegata d'ufficio) (doc. AI pag. 865). Del resto questo TCA, in occasione della pronuncia del 4 maggio 2021 (STCA 32. 2021.21), ha già avuto pure modo di osservare che con riferimento alle ulteriori diagnosi citate dal dr. \_\_\_\_\_ nelle varie certificazioni [da ultimo quella del 23 settembre 2020, doc. AI pag. 492 e del 17 settembre 2021 con l'aggiunta di "lieve diverticolosi del colon sx (colonoscopia 24.2.2021)"; doc. AI pag. 643, oltre alle diagnosi di "dolori lombari cronici su alterazioni degenerative diffuse" e "sindrome lombovertebrale (RM lombare (26.1.2018): piccola protrusione discale e fissurazione L4-5 medianaparamediana, non conflitti radicolari, piccola protrusione discale mediana-paramediana L5-S1 senza conflitti radicolari] , non vi erano elementi per ritenere che dalle stesse potesse essere dedotta un'inabilità lavorativa rispettivamente un aumento rilevante dell'inabilità lavorativa. Alla medesima conclusione è del resto giunta l'amministrazione, sulla base dell'annotazione SMR del 25 ottobre 2021 (per il quale "dalla documentazione dei MC si evince uno stato valetudinario stabile e con limitazioni parziali del 50% analoghe ad ora ", doc. AI pag. 665) in sede di conferma della prestazione con comunicazione del 25 ottobre 2021, le cui conclusioni vanno, come detto, ritenute vincolanti, considerato come alle stesse l'assicurata non si è opposta, segnatamente postulando la resa di una decisione formale soggetta a ricorso (doc. AI pag. 661). Alla luce di quanto precede, a ragione il medico SMR, nelle sue annotazioni del 9 febbraio e 17 marzo 2023, ha ritenuto che la nuova documentazione non rendeva verosimile un rilevante peggioramento delle condizioni somatiche, la situazione dovendosi ritenere stabile e cronica, come del resto affermato dall'assicurata medesima (doc. AI pag. 891 e 918). 2.8.2 Anche per quanto riguarda le affezioni psichiche occorre concludere che rispetto alla conferma della mezza rendita del 25 ottobre 2021 (doc. AI pag. 661) lo stato di salute dell'assicurata non ha subito modifiche di rilievo. In effetti, nell'ambito della revisione della mezza rendita intrapresa nell'agosto 2021, l'amministrazione aveva interpellato anche la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra curante dal dicembre 2018, la quale, con rapporto del 30 settembre 2021, aveva posto le diagnosi con influenza sull'abilità lavorativa di "Episodio depressivo di media gravità ICD 10 F32.1, da fine 2020 e Sindrome da attacchi di panico ICD 10 F 41.0" , e aveva affermato che la capacità lavorativa dell'assicurata dal punto di vista psichiatrico era " parzialmente ridotta ", con un'abilità del 50% nella sua attività lavorativa svolta in precedenza (doc. AI pag. 653). Nel suo rapporto all'AI la psichiatra aveva ricordato di seguire l'assicurata dal 2018 per una sintomatologia ansioso-depressiva, caratterizzata da " umore deflesso, apatia, anergia, rialzi ansiosi nell'arco della giornata, in quel momento reattivi ad alcuni eventi di vita dolorosi e complicati da affrontare. In particolare a seguito del decesso della madre avvenuto nell'aprile 2018, sono aumentate le sue difficoltà ad uscire di casa da sola, tanto da impedirle di recarsi autonomamente in luoghi distanti da casa o non ben conosciuti. Da quel momento la presa a carico è proseguita con fasi alterne ed è stata caratterizzata da alcune oscillazioni del tono d'umore e della quota ansiosa, gestibili con sostegno psicologico regolare e fitoterapia. Nel corso dell'estate 2020,

invece, la situazione è andata progressivamente peggiorando fino a determinare un quadro clinico compatibile con un episodio depressivo di media gravità, caratterizzato da umore francamente deflesso, labilità emotiva, perdita di interesse anche per attività fino a quel momento piacevoli, energia, scarsa autostima, affievolimento dell'istinto vitale, crisi di ansia. Il peggioramento del quadro clinico ha richiesto l'introduzione di una terapia farmacologica che fino a quel momento la paziente non aveva voluto assumere. Il primo tentativo con sertralina non ha portato benefici ed è quindi stata sospesa a favore di duloxetina, che ha portato ad un miglioramento del tono dell'umore. Assume, inoltre benzodizepine associate a fitoterapia per la gestione dei rialzi ansiosi. Stiamo valutando l'introduzione di pregabalin per un migliore controllo dell'ansia dal momento che la paziente nell'ultimo periodo sembra aver superato le sue resistenze e timori circa le terapie farmacologiche". A suo avviso quindi la capacità era parzialmente ridotta, "considerata l'elevata vulnerabilità agli stress con i conseguenti rialzi ansiosi e il deficit dell'attenzione e concentrazione che avverte quando si sente sotto pressione. Ella fa inoltre fatica a stabilire e mantenere nuove relazioni". Ricordato come l'assicurata soffrisse anche delle problematiche alle mani, aveva concluso indicando quali fattori che impedivano l'integrazione "difficoltà a mantenere attenzione e concentrazione soprattutto in condizioni stressanti, affaticabilità, vulnerabilità a stress anche modesti con forti rialzi ansiosi e peggioramento del tono dell'umore" (doc. AI pag. 653). Sottoposta tale certificazione (come quella del dr. \_\_\_\_\_, cfr. consid. 2.8.1) al SMR, per il quale "dalla documentazione dei medici curanti si evince uno stato valetudinario stabile e con limitazioni parziali al 50% analoghe ad ora. A questo punto, ulteriore revisione è indicata solo su lungo periodo (5 anni) o su richiesta di peggioramento" (doc. AI pag. 665), con comunicazione del 25 ottobre 2021 l'amministrazione aveva quindi comunicato che la rendita restava immutata. L'assicurata non ha richiesto, come avrebbe potuto in caso di disaccordo (cfr. esplicita menzione in fine al doc. AI pag. 662), una decisione formale suscettibile di ricorso. Ora, quanto prodotto dall'assicurata contestualmente alla nuova revisione postulata nel gennaio 2023 (vale a dire a poco più di un anno dall'ultima valutazione) non ha permesso di comprovare una modifica rilevante della situazione psichiatrica. In effetti, nella certificazione del 21 dicembre 2022, la psichiatra curante si è nuovamente espressa riproponendo le medesime allegazioni formulate nella citata certificazione del 30 settembre 2021 (doc. AI pag. 653), riepilogando nuovamente i trascorsi dell'assicurata, implicanti il peggioramento del quadro psichico dopo il decesso della madre nell'aprile 2018, con la successiva presa a carico regolare e peggioramento progressivo dall'estate 2020. Il quadro clinico ("caratterizzato da umore francamente deflesso, labilità emotiva, perdita di interesse anche per attività fino a quel momento piacevoli, energia, scarsa autostima, affievolimento dell'istinto vitale, crisi di ansia. Si sono, inoltre, intensificate le sue difficoltà ad uscire di casa, soprattutto per recarsi in luoghi poco conosciuti") corrisponde a quello già descritto nel precedente certificato, così come anche la descrizione della presenza di "un'organizzazione di personalità piuttosto fragile che la rende particolarmente vulnerabile agli stress", condizione, questa, a suo avviso peggiorata "nel corso degli anni fino a cronicizzarsi". Anche le diagnosi poste coincidono sostanzialmente con quanto diagnosticato in precedenza, con la presenza di "Sindrome depressiva ricorrente con episodi di media gravità (ICD 10 F 33.1)", oltre a "Agorafobia (ICD 10 F 40.0)", quest'ultima in sostituzione della patologia – comunemente associata all'altra – di "Sindrome da attacchi di panico (ICD 10 F 41.0)", doc. AI pag. 650). Ha quindi concluso affermando che l'abilità lavorativa dell'assicurata era "compromessa" e

che “ non ritengo possibile, quindi, una ripresa della capacità al lavoro almeno nel medio periodo” (doc. AI pag. 850; cfr. in esteso al consid. 2.7). In merito, a ragione il 12 gennaio 2023 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha affermato che il certificato della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 21 dicembre 2022 riportava informazioni comparabili a quanto da lei già espresso nei precedenti rapporti medici e non comprovava una modifica dello stato di salute (doc. AI pag. 858). Nuovamente interpellato, il 2 febbraio 2023, esprimendosi anche sulla parallela procedura di richiesta dell’AGI, il dr. \_\_\_\_\_ ha confermato che non erano stati forniti fatti nuovi o cambiamenti significativi, e che la certificazione della psichiatra curante riportava lo stato clinico noto, ricordando come in occasione dell’inchiesta al domicilio effettuata il 25 ottobre 2022 e successiva visita clinica del 15 dicembre 2022 presso il SMR (ai fini della concomitante procedura per l’ottenimento dell’AGI), l’assicurata era apparsa come “ una persona lucida, capace di strutturare la giornata in modo autonomo e capace di intendere e volere come nei fatti è dimostrato indirettamente dalla lucidità con cui ha redatto le sue osservazioni il 25.01.2023 con riferimenti puntuali alla normativa in termini di AGI senza, tuttavia, fornire elementi concreti ed oggettivi che permettano un diverso apprezzamento rispetto alle osservazioni eseguite in sede UAI” (doc. AI pag. 878, cfr. in esteso al consid. 2.7). A tali conclusioni, tratte dopo attenta valutazione dallo specialista del SMR che ha ripetutamente esaminato il caso e ha visitato l’assicurata il 15 dicembre 2022, questa Corte deve aderire. Nemmeno le certificazioni del 2 e 20 febbraio 2023 della dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra curante in sostituzione dell’assente dr.ssa \_\_\_\_\_, permettono di comprovare una rilevante modifica della situazione psichiatrica. In effetti, non solo le diagnosi appaiono invariate, ma anche la descrizione delle problematiche presentate dall’assicurata (doc. AI pag. 888 e 911). Tali certificazioni non motivano minimamente le ragioni per le quali, a fronte di un quadro diagnostico rimasto sostanzialmente invariato, la capacità lavorativa non sia più parziale, come attestato in precedenza, ma totale. Del resto, come a ragione osservato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, le certificazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ non contengono informazioni di rilievo nuove. Nella certificazione del 20 febbraio 2023 la psichiatra si limita in realtà a riferire quanto affermato dalla paziente, inserendo la presenza di preoccupazioni (come quelle di natura economica) che non sono rilevanti in sede di valutazione della capacità lavorativa, e descrive nuovamente un quadro clinico [con “ riduzione delle funzioni cognitive, umore deflesso, irritabilità, quota ansiosa importante, anergia, abulia, scarsa autostima, disturbi fobici (agorafobia), pensieri di inadeguatezza e ingiustizia (non si sente riconosciuta nel suo dolore), ruminazione del pensiero ”] che già era stato descritto nei precedenti certificati che illustravano la “ personalità fragile” dell’assicurata, ribadendo il peggioramento clinico avvenuto “ a partire dall'estate del 2020” e di cui, quindi, già è stato tenuto conto nella valutazione che ha portato alla conferma della prestazione il 25 ottobre 2021 (doc. AI pag. 913; cfr. in esteso al consid. 2.7). Sempre il dr. \_\_\_\_\_ il 17 marzo 2023 ha in merito affermato: " Avevo già preso visione del certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ il 12.01.2023: le considerazioni allora espresse rimangono valide. Riguardo al certificato del Dr. \_\_\_\_\_ del 13.03.2023, il curante di base fa riferimento alla Dr.ssa \_\_\_\_\_ e dichiara che l'assicurata si è trasferita in una casa più grande e per questo necessiterebbe di aiuto: non sono riferite dal Dr. \_\_\_\_\_ modificazioni recenti di stato di salute. La mia osservazione diretta del 15.12.2022 rimane valida. Riguardo il certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 20.02.2023, la collega si riferisce fondamentalmente a disturbi soggettivi dell'assicurata, la riduzione citata delle funzioni cognitive (non da me osservata il 15.12.2022) non è oggettivata da test neurocognitivi o da una descrizione esaustiva di status

rispettivamente la Dr.ssa \_\_\_\_\_ fa riferimento al noto certificato della Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 21.12.2022. I commenti dell'assicurata nella sua corrispondenza del 14.03.2023 non sono d'interesse medico tuttavia non possono essere stati redatti da una persona con deficit cognitivi. In conclusione, confermo le mie precedenti prese di posizione.” (doc. AI pag. 918) In conclusione, in assenza di fatti nuovi o cambiamenti significativi, a ragione l'amministrazione ha escluso l'intervento di una modifica rilevante delle condizioni anche sul piano psichiatrico. Nemmeno lo scritto del 5 maggio 2023 della dr.ssa \_\_\_\_\_ prodotto in questa sede, permette di trarre conclusioni diverse, considerato come lo stesso si limita a confermare che “ la condizione clinica della paziente è rimasta pressoché invariata, caratterizzata da umore orientato al polo negativo, ansia fluttuante con recrudescenze marcate soprattutto nelle situazioni che comportano relazioni sociali e contatti con persone o ambienti con cui non ha familiarità ”, situazione già più volte descritta e in particolare già in occasione della certificazione del 30 settembre 2021, sulla quale l'amministrazione si è basata per confermare la mezza rendita con comunicazione del 25 ottobre 2021 (doc. AI pag. 653 e 661). Nemmeno il fatto, addotto dalla curante, che l'assicurata avrebbe nel frattempo iniziato una psicoterapia con una psicologa (doc. D) può manifestamente modificare le conclusioni dell'Ufficio AI. 2.8.3 Si deve pertanto concludere che dalla documentazione medica acquisita agli atti non è possibile dedurre un peggioramento delle condizioni di salute con influsso rilevante sulla capacità lavorativa, la stessa facendo stato in sostanza delle medesime affezioni e diagnosi già evidenziate e indagate nell'ambito della prima domanda, delle successive revisioni e, per quanto riguarda le problematiche psichiche, in occasione dell'ultima revisione del settembre 2021. In quest'ultima occasione, come dianzi descritto, l'amministrazione ha esaminato le certificazioni mediche acquisite agli atti, facenti stato anche delle intervenute problematiche psichiatriche oltre a quelle alle mani e all'apparato lombovertebrale (inclusa la sindrome del dolore cronico), e ha confermato, mediante la comunicazione del 25 ottobre 2021 (che è vincolante), uno stato valetudinario sostanzialmente invariato, con un'abilità lavorativa in attività adeguate del 50%. Come detto, in occasione della revisione avviata nel gennaio 2023 i curanti dell'assicurata non hanno esposto in modo convincente in che misura e in che modo le patologie elencate influirebbero sulla capacità lavorativa in maniera e in misura diverse da quanto diffusamente valutato nell'ambito delle precedenti decisioni e revisioni. Non va del resto neppure dimenticato un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (STF U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. ; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; 124 I 175 consid. 4; 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). In ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può quindi di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STFA I 1102/06 del 31 gennaio 2008; I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Va pure ancora ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo

delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Inoltre, sia menzionato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo 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 del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 e riferimenti). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 (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 e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Visto quanto sopra, questo Tribunale, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.5), condivide le affidabili e concludenti valutazioni del SMR (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la STFA I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011 con rinvii e 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008; cfr. sopra al consid. 2.6) che in svariate occasioni ha valutato compiutamente i documenti medici agli atti, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. La stessa stabilisce che lo stato di salute della ricorrente non ha subito un rilevante peggioramento rispetto al momento in cui, con la comunicazione del 25 ottobre 2021, la mezza prestazione è stata confermata (doc. AI pag. 661). In queste condizioni va pure respinta la richiesta dell'insorgente di un ulteriore approfondimento medico, considerato come a mente di questo Tribunale la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di una perizia giudiziaria. Va a questo proposito evidenziato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344

consid. 3). Alla luce di quanto precede, non essendo stato dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante (DTF 9C\_125/2012 del 5 aprile 2013) un rilevante peggioramento dello stato di salute con influenza sulla capacità lavorativa, a ragione l'amministrazione ha confermato il diritto ad una mezza rendita. La decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500 sono poste a carico della ricorrente, la quale ha postulato l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. consid. 2.10). 2.10. Come accennato, la ricorrente chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Ora, dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio manifestamente votata all'insuccesso. In effetti, visto il tenore della documentazione agli atti, incluse le prese di posizione del medico SMR, al quale l'Ufficio AI ha chiesto di prendere posizione sulle obiezioni sollevate in corso di procedura amministrativa e sulle certificazioni dei curanti, e considerato come la ricorrente abbia prodotto con il ricorso soltanto lo scarno certificato della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 5 maggio 2023 che non apporta alcun elemento oggettivo che non sia già stato considerato e riferisce del resto di una condizione clinica "rimasta pressoché invariata" (doc. D), all'insorgente doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole risulta non adempiuto. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere respinta.