

TI_GERICHTE 32.2023.93 vom 10. Juli 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-07-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.93

FR: TI_GERICHTE 32.2023.93 du 10 juillet 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.93 del 10 luglio 2023

Regeste

Ricorso (respinto) contro decisione di riconoscere una rendita decrescente. Al rapporto del SMR, basato su perizie esterne indipendenti, va conferito pieno valore probatorio, i rapporti del curante esaurendosi in una diversa valutazione del medesimo quadro diagnostico.

Valutazione anticipata prove

Erwägungen

E. 2

LOG (pro multis STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015). nel merito

E. 2.2

Oggetto del contendere è sapere se, oltre ad aver riconosciuto il diritto ad una rendita intera (con grado d'invalidità del 100%) dal 1. settembre 2019 al 30 giugno 2020, a ragione o meno l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una mezza rendita (con grado d'invalidità del 50%) dal 1. luglio 2020 in luogo di una rendita intera (con grado d'invalidità del 70%) dalla medesima data come richiesto dalla ricorrente. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). La lett. b delle Disposizioni transitorie della surriferita modifica della LAI prevede che " I beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore della presente modifica e che all'entrata in vigore della presente modifica non hanno ancora 55 anni compiuti continuano ad avere diritto alla rendita precedente fintantoché il loro grado d'invalidità non subisca una modificazione secondo l'articolo 17 capoverso 1 LPGA " (cpv. 1). Il marginale 9101 della CIRAI prevede che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". I marginali 1007 e seg. della C DT US AI prevedono che: " [...] le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla

rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022 ". In casu, il diritto alla rendita è incontestatamente nato il 1. settembre 2019 e l'eventuale modifica rilevante ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA è intervenuta il 1. luglio 2020 (cfr. supra consid. 1.5. e 1.6. in initio). L'Ufficio AI ha emanato la decisione qui impugnata il 10 luglio 2023 (cfr. supra consid. 1.5. in fine). Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza

dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) 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., pag. 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5 ; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.4. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione

notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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. 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 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 in 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 Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 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. 4., pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts

zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. 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, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15

gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 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 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

E. 2.7

2.7.1. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurata l'Ufficio AI ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare esterna in ambito internistico, psichiatrico, oncologico e reumatologico (cfr. supra consid. 1.2.) le cui conclusioni sono state confermate dai periti in due occasioni (cfr. supra consid. 1.3.). Esperita un'ulteriore perizia monodisciplinare in ambito psichiatrico, il medico SMR ha ritenuto necessario modificare l'incapacità lavorativa accertata dai periti del _____, portandola dal 40% al 50% a fronte delle conclusioni del dr. _____ che si discostavano leggermente da quelle del dr. _____ (cfr. supra consid. 1.4.). La ricorrente, prevalendosi degli accertamenti dell'oncologo curante dr. _____, contesta esclusivamente la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, sostenendo che, contrariamente a quanto concluso dal medico SMR, ella presenti un'incapacità lavorativa (e pari grado d'invalidità) del 70% dal 1. luglio 2020 conferente il diritto ad una rendita intera da tale data (cfr. supra consid. 1.6. e 1.8.). Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta

analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni. 2.7.2. La ricorrente sostiene che le conseguenze del trattamento oncologico, ossia la sindrome di stanchezza cronica con conseguente difficoltà di concentrazione, non siano state debitamente valutate dai periti, alla cui valutazione andrebbe preferita quella del curante dr. _____ attestante un'incapacità lavorativa del 70% con pari grado d'invalidità. Giova preliminarmente ricordare che secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). Tornando al caso in disamina, dal rapporto del 30 novembre 2020 del _____, si evince che la documentazione medica dei curanti attestante i problemi di affaticabilità, riduzione della concentrazione e memoria è stata riportata nell'estratto degli atti (doc. 81, pagg. 296, 302-308 incarto AI). Inoltre, anche le dichiarazioni dell'assicurata in tal senso sono state considerate (vedasi ad esempio doc. 81, pagg. 332 e 459, doc. 224, pag. 882 incarto AI). I periti hanno ritenuto che i surriferiti limiti funzionali fossero di pertinenza psichiatrica e oncologica. A tal proposito, il perito psichiatra ha rilevato che " Per quel che riguarda le risorse le capacità prestantive dell'A. dal lato psichico sono da ritenere valide ad eccezione di un lieve indebolimento delle funzioni cognitive con in modo particolare una ridotta capacità di concentrazione e di attenzione sostenuta nel tempo ", accertando una " CL 0% dal momento della presa a carico specialistica da parte della Dr.ssa _____ e cioè a partire dal 09.10.2019 per una durata di tre mesi, quindi dal 09.01.2020 CL 50% per una durata di tre mesi, infine CL 90% da marzo 2020 in avanti " (doc. 81, pag. 420 e seg. incarto AI). Il perito oncologo, proprio in considerazione della sintomatologia sovradescritta, ha formulato la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di " Sindrome da affaticabilità cronica in stato dopo chemioterapia [...] " (doc. 81, pag. 461 incarto AI), accertando un'incapacità lavorativa del 40% (rapportata ad un grado d'occupazione del 100%) in ogni attività dalla fine del trattamento oncologico (doc. 81, pag. 462 e seg. incarto AI). I periti del _____ avevano quindi accertato un'incapacità lavorativa globale del 40%, integrando le incapacità lavorative in ambito psichiatrico ed oncologico (cfr. supra consid. 1.2.). Nel rapporto del 30 gennaio 2023 del dr. _____ (cfr. supra consid. 1.4.) vengono poste le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di " Nevralgia (ICD 10, F48) " e " Sindrome ansiosa secondaria a linfoma di Hodgkin (ICD 11, 6E63) ", accertata un'incapacità lavorativa del 50% (di cui 40% integrata a quella oncologica e 10% cumulata) e osservato quanto segue (sottolineature del redattore): " [...] È solo dopo la diagnosi di linfoma ed il trattamento per lo stesso che si sono sviluppate [...] una sindrome di tipo nevralgico e un'ansia secondaria alla malattia neoplastica che hanno entrambe una ripercussione sulla CL. Mentre la sintomatologia nevralgica è completamente integrabile alla sindrome da fatica cronica, l'ansia secondaria deve a mio avviso essere tenuta in considerazione perché peggiora la flessibilità ed il giudizio dell'assicurata, ponendola in una condizione di maggior evitamento delle attività

rispetto alla sindrome da fatica cronica già diagnosticata nella perizia _____ e giudicata determinare una IL del 40% . Mi sembra, come sottolineato dal Dr. _____ nel suo rapporto dell'aprile 2022 che la “ differenza sta nell'interpretazione della gravità della sindrome di stanchezza cronica che è la diagnosi principale ” e aggiungo che la stessa è sovrapponibile alla nevralgia. Tuttavia, contrariamente a quanto afferma al Dr.ssa _____, non vi è nell'analisi del decorso alcun peggioramento del quadro dall'aprile 2022. Infatti, a detta dell'assicurata stessa , il quadro è stabile ormai da dopo la chemioterapia e anche lo stesso Dr. _____ [...] parla di un quadro stabile dal settembre 2021 . Anche il sottoscritto ritiene che effettivamente dall'esame del mini-ICF, che non era stato redatto nella perizia del Dr. _____, si evidenzino limiti funzionali significativi che, tenendo conto di entrambe le diagnosi (nevralgia e sindrome ansiosa secondaria a malattia organica) comportano una riduzione della CL nella misura di un 50% e limitano anche a livello domestico il funzionamento dell'assicurata, anche se in misura non superiore al 20%. [...] il quadro clinico da me osservato non si discosta da quanto descritto nella perizia precedente del Dr. _____ anche se, sul piano diagnostico e anche dell'influsso della patologia sulla CL, mi discosto dalle considerazioni del collega.” Con rapporto del 31 marzo 2023 il medico SMR, facendo propria la valutazione del dr. _____ in ambito psichiatrico, ha accertato un'incapacità lavorativa del 50% dal 1. aprile 2020, valutazione su cui l'Ufficio AI ha fondato la decisione qui impugnata (cfr. supra consid. 1.4. in fine). L'insorgente, come detto, contrappone alle conclusioni peritali e del medico SMR i rapporti del dr. _____ del 2 settembre 2021 (doc. 134 incarto AI), del 15 aprile 2022 (doc. 173, pag. 676 e seg. incarto AI) e del 1. settembre 2022 (doc. 207, pag. 808 e seg.) per giustificare la sua domanda di causa. Analizzati attentamente i rapporti del curante oncologo, si deve concludere che – come peraltro ammesso dallo stesso dr. _____ – in concreto la questione si riduce ad un diverso apprezzamento delle ripercussioni sulla capacità lavorativa della sindrome da affaticamento cronico in ambito oncologico e psichiatrico. In tale contesto, alla perizia del dr. _____ va conferita valenza probatoria piena, trattandosi di una perizia – ossequiosa dei criteri sanciti dalla giurisprudenza – allestita da uno specialista indipendente esterno e ricordato che in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. supra consid. 2.6.). Per quanto concerne l'ambito psichiatrico, proprio a fronte delle critiche sollevate dal dr. _____ l'Ufficio AI ha chiesto una nuova perizia in tale disciplina ed il dr. _____, quale specialista esterno indipendente, ha accertato un'incapacità lavorativa in ambito psichiatrico leggermente diversa da quella accertata dal dr. _____. Valutate le due perizie esterne indipendenti, questo Giudice ritiene che, come rettamente concluso dal medico SMR, il rapporto peritale del dr. _____ sia preferibile e vada quindi confermato. Infatti, esso si compone di maggiore documentazione, è più recente, dettagliato, approfondito e critico, con un confronto puntuale con le diverse prese di posizione dei curanti e del dr. _____ e l'implementazione di tre ulteriori approfondimenti testali. Pertanto, la valutazione del SMR, il quale ha fatto propria la valutazione peritale del dr. _____ e quella del perito dr. _____, va confermata.

2.7.3. La ricorrente censura il fatto che i periti dell'Ufficio AI abbiano preferito integrare le incapacità lavorative in ambito psichiatrico ed oncologico, piuttosto che, come da lei auspicato, cumularle. Va innanzitutto precisato che, sebbene il dr. _____ abbia ritenuto l'incapacità lavorativa in ambito psichiatrico completamente integrabile a quella oncologica, a far stato, come visto (cfr. supra consid. 2.7.2.) per la valutazione medica in ambito psichiatrico è la perizia del dr. _____, il quale ha ritenuto che l'incapacità

lavorativa del 50% in ambito psichiatrico fosse integrabile a quella oncologica per il 40% e cumulabile a quest'ultima in misura del 10%. Ora, posto che il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (pro multis STF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4) e che “ La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità [...] si possano sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica che di principio il giudice non rimette in discussione ” (STF 9C_400/2011 del 23 marzo 2012 consid. 3.2. con rinvio alla STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, in: RDAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b e STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2.), il motivo per cui in casu l'incapacità lavorativa in ambito psichiatrico è stata in gran parte integrata a quella in ambito oncologico è stato sufficientemente spiegato dal dr. _____ (cfr. supra consid. 2.7.2.). Il fatto che l'insorgente, profana in medicina, contesti tramite il proprio patrocinatore il procedere del dr. _____ limitandosi ad asserire che “ Nella perizia del SMR [...] si sostiene che la IL psichiatrica è integrabile per un 40% a quella sul piano oncologico, cumulabile per un 10%, quando per contro il dott. _____ nei suoi rapporti ha stimato una percentuale ben maggiore ” non è certo motivo sufficiente per mettere in dubbio quanto accertato dal perito psichiatra, ritenuto che il dr. _____, oltre a non essere specialista in psichiatria, è il curante della ricorrente, circostanza che relativizza, come visto (cfr. supra consid. 2.6. e 2.7.2.), la forza probatoria delle sue conclusioni in contrasto con gli accertamenti di periti esterni indipendenti. Pertanto, la censura dell'insorgente s'appalesa inconferente. 2.8. La ricorrente non contesta la valutazione economica operata dall'Ufficio AI ed il TCA non ha motivo per discostarsene. 2.9. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.10. Come accennato (cfr. supra consid. 1.7.), la ricorrente ha chiesto l'audizione del dr. _____ “ affinché si esprima sulle sequele e l'incidenza che la stanchezza cronica ha sulla capacità lavorativa residua ” ed una perizia giudiziaria in ambito oncologico “ affinché accerti le conseguenze che tale cura ha avuto sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata ” (VI). Va qui ricordato che quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). In concreto, a fronte di una situazione medica ritenuta sufficientemente chiarita, questo Giudice rinuncia all'assunzione di ulteriori prove di carattere medico, ritenuto che il dr. _____ ha già espresso più volte il suo punto di vista e che agli atti risulta una perizia esperita da uno specialista esterno indipendente a cui è stata conferita piena valenza probatoria.

E. 2.11

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 f bis 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 per fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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