

TI_GERICHTE 32.2024.23 vom 21. Februar 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-02-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.23

FR: TI_GERICHTE 32.2024.23 du 21 février 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.23 del 21 febbraio 2024

Erwägungen

E. 28

cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28 b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). In virtù dell'art. 28 a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.3. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28 a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del

coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Pladoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da "persona con attività lavorativa a tempo pieno" a "persona con attività lavorativa a tempo parziale") che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGA, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o una riduzione della stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 dell'8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 8C_633/2015 del 12 febbraio 2016 consid. 4.3). Preso atto della citata sentenza il Consiglio federale ha modificato l'ordinanza nel senso che dal 1. gennaio 2018 l'art. 27 bis cpv. 2-4 OAI aveva il seguente tenore: " 2 Per determinare il grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI, vengono sommati i seguenti gradi d'invalidità: a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa; b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete. 3 Il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGA, secondo le modalità seguenti: a. il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno; b. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido. 4 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata

la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno". Il Tribunale federale, in DTF 147 V 124, ha stabilito che " un cambiamento di statuto, per motivi familiari, a favore di quello di una persona che esercita un'attività lucrativa a tempo parziale costituisce un motivo di revisione dall'entrata in vigore della modifica dell'ordinanza il 1° gennaio 2018, anche in una fattispecie simile a quella esaminata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09) del 2 febbraio 2016 " (cfr. regesto). Dal 1. gennaio 2022 l'art. 27 bis OAI prevede: " 1 Per valutare il grado d'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale si sommano i seguenti gradi d'invalidità: a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa; b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete. 2 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa: a. il reddito senza invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento; b. il reddito con invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento e adeguato alla capacità funzionale determinante; c. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido. 3 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete: a. viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla situazione senza invalidità; b. la quota di cui alla lettera a viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 2 lettera c e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno." 2.4. 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. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, 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 e da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e 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 Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze il Tribunale federale 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. 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, 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.5. 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, 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 Tribunale federale 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 dei servizi medici regionali (SMR), va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2 bis 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 LPGGA – 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). Nell'ambito della valutazione delle condizioni mediche del diritto alle prestazioni, e nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, i SMR sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati e mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. I servizi interni del SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio

dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto del SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (STF 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche STF 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Non va tuttavia dimenticato, come emerge dalla sentenza pubblicata in DTF 135 V 465 (cfr. consid. 4.4), che anche se la giurisprudenza assegna di principio ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione pieno valore probante, se adempiono i presupposti previsti dalla giurisprudenza, essi non hanno tuttavia la medesima forza probatoria di una perizia amministrativa allestita in applicazione della procedura prevista dall'art. 44 LPGA o di una perizia giudiziaria (cfr. DTF 125 V 351, consid. 3a; DTF 122 V 157 consid. 1c). Se la fattispecie viene decisa sulla base di un rapporto di un medico interno e sussistono anche solo lievi dubbi circa la fondatezza e le conclusioni della valutazione espressa, occorre procedere con accertamenti supplementari (DTF 135 V 465 consid. 4.4 in fine: “ [...] Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.)”). A proposito della valenza probatoria dei pareri dei medici fiduciari degli assicuratori – come quelli del medico del SMR –, pur non assurgendo a rango di perizia esterna, in caso di lite essi hanno valore probatorio preponderante per rapporto ai pareri dei curanti e delle perizie di parte (in tema Riemer-Kafka, Unabhängiger Board: Aufgaben und mögliche Umsetzung, in: Das Indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 2017, pagg. 154-158), a patto che non sussista dubbio sulla loro affidabilità e concluzione. Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico possa essere ritenuto affidabile, deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore [Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten,

in: SZS 1999 pag. 105 segg.], 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 stessa, la sua durata pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita del 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.6. La ricorrente ha presentato una domanda di prestazioni il 2 febbraio 2022, adducendo di soffrire di “ depressione causata da Mobbing ” (cfr. doc. 4 incarto AI, p.to 6.2). A seguito di problematiche relazionali insorte tra gennaio e marzo 2021 con il suo diretto superiore, infatti, il 15 aprile seguente ha ricevuto un avvertimento da parte del suo datore di lavoro (cfr. doc. 16 incarto AI). In cura medica dal 3 maggio 2021, da allora non ha più ripreso l'attività lavorativa (cfr. doc. I, pag. 5) e il 30 dicembre 2021 è stata licenziata per fine marzo 2022 (cfr. doc. I 4). Nel rapporto del 18 febbraio 2022 la psichiatra che dal 15 ottobre 2021 aveva in cura la ricorrente ha rilevato che quest'ultima “ in relazione a problemi legati al posto di lavoro ha sviluppato una sindrome da disadattamento classica evoluta in un episodio depressivo ancora grave ” (cfr. doc. 12 incarto AI, pag. 4 p.to 2.1) e ha posto quale diagnosi “ ICD 10 F32.2 (episodio depressivo grave) su s. da disadattamento (F 43.23) ” (cfr. ibidem , pag. 4 seg. p.to 2.5) , con un quadro psicopatologico caratterizzato da “ ansia, evitamento contatti sociali, apatia, abulia, anedonia, perseverazioni ideative sul tema lavorativo, tono dell'umore fortemente deflesso con idee di rovina e fallimento, ansia, diff. di concentrazione ” (cfr. ibidem , pag. 4 p.to 2.2). Introdotta una terapia farmacologica, la psichiatra prevedeva una consultazione ogni 15 giorni (cfr. ibidem , pag. 3 p.to 1.2 e 4 p.to 2.3). Nella perizia bidisciplinare del _____ del 17 marzo 2023, dopo una valutazione internistica, psichiatrica, test psicodiagnostici e una consultazione degli atti, descritta l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica, sia la dr.ssa med. _____, specialista in medicina interna generale, sia il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, hanno concordato nel porre la diagnosi – con ripercussioni sulla capacità lavorativa – di pregresso episodio depressivo, attualmente in remissione (F32) e – senza ripercussioni sulla capacità lavorativa – di sindrome da disadattamento, con disturbo prevalente di altri aspetti emozionali (F43.23) (cfr. doc. 45 incarto AI, pagg. 57 e 61). Nel consulto psichiatrico contenuto nella perizia bidisciplinare il dr. med. _____ ha così descritto lo status della ricorrente: “ _____ ” (cfr. doc. 45 incarto AI, pag. 55 seg.). A conclusione del consulto psichiatrico il dr. med. _____ ha indicato: “ _____ ” (cfr. doc. 45 incarto AI, pagg. 57-59). Il dr. med. _____, infine, ha così risposto a uno dei quesiti peritali: “ _____ ” (cfr. doc. 45 incarto AI, pag. 61). A quest'ultima valutazione la dr. med. _____ si è allineata (cfr. doc. 45 incarto AI, pag. 66). Dopo

aver ricevuto la perizia bidisciplinare del _____, il 12 aprile 2023 l'Ufficio AI ha dato mandato al SMR di rispondere alle seguenti domande: " a. Quali sono i periodi d'incapacità lavorativa nell'abituale attività, in attività adeguate e nello svolgere le mansioni consuete? b. Quali sono i limiti funzionali?" (cfr. doc. 47 incarto AI, pag. 2) Alle suddette domande il SMR, con rapporto del 9 maggio 2023, ha risposto che la ricorrente non ha limitazioni funzionali (carico massimo, bisogno di alternanza alla postura, difficoltà nello svolgere lavori di precisione o necessità di pause supplementari; cfr. doc. 52 incarto AI, p.to 3.1) e presenta un'incapacità lavorativa totale e continua dal 3 maggio 2021 nell'attività abituale, un'incapacità lavorativa totale dal 3 maggio 2021 ma nulla dal 1. febbraio 2022 in attività adeguate e un'incapacità di svolgere le mansioni consuete totale dal 3 maggio 2021 ma nulla dal 1. febbraio 2022 (cfr. ibidem , p.to 3.3). Con rapporto medico del 12 dicembre 2023 il Servizio psico-sociale (SPS) ha informato l'Ufficio AI di seguire dal 25 settembre 2023 la ricorrente, di cui ha certificato l'incapacità lavorativa a partire dalla medesima data, per la quale ha diagnosticato una " sindrome da disadattamento, con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali (ICD-10: F43.23) " e che " non risulta abile al lavoro in nessun ambito, nemmeno in contesto adeguato ". Detto Servizio ha aggiunto che " la paziente presenta una forte labilità emotiva, difficoltà nella gestione delle quote ansiose, problemi di sonno, tono dell'umore deflesso con sentimenti di fallimento e forti preoccupazioni per il suo futuro " (cfr. doc. 95 incarto AI). Il suddetto rapporto, su richiesta del SMR, è stato inviato al dr. med. _____, il quale ha reso la sua valutazione il 23 dicembre 2023. Nella stessa, dopo esame degli atti, quanto alla diagnosi ha esposto: " _____ ". Quanto alla terapia assunta dalla ricorrente, ha riferito che quella antidepressiva era del tutto identica al 2022, mentre risultava modificato il solo approccio ansiolitico. Sulla capacità lavorativa ha affermato: " _____ " (cfr. doc. 98 incarto AI, pag. 3 seg.). La conclusione, ben motivata e corredata dei necessari approfondimenti, circa una recuperata abilità lavorativa in ogni attività (purché non esercitata presso l'ultimo datore di lavoro) a far tempo dal mese di febbraio 2022 è quindi stata condivisa, dopo valutazione del caso, anche dal SMR nel rapporto dell'8 gennaio 2024 (cfr. doc. 99 incarto AI). 2.7. Fondata e completa, la conclusione della valutazione del _____, eseguita da una specialista in medicina interna generale e un esperto in psichiatria e psicoterapia, basata su un'approfondita valutazione clinica e un attento esame degli atti e dei referti all'inserto, rispettosa dei criteri probatori enunciati al consid. 2.5 e condivisa dal SMR, non può che essere confermata da questo Tribunale, considerato altresì come agli atti non sono stati prodotti documenti che possano in qualche modo farla apparire errata o incompleta. In effetti la stessa non è stata validamente smentita a seguito del progetto di decisione del 15 gennaio 2024, allorquando la ricorrente alle proprie osservazioni ha allegato uno scritto dello psichiatra curante. Questi ha concluso per un'inabilità lavorativa completa dal 25 settembre 2023, indicando che la sintomatologia psichiatrica significativa era " caratterizzata da umore gravemente deflesso, labilità emotiva, ansia intensa, insonnia, difficoltà di attenzione e concentrazione " e precisando che " la situazione psichica, nonostante l'impostazione di una terapia farmacologica importante (...) è ancora caratterizzata da tono dell'umore deflesso, labilità emotiva, timore per il futuro, ansia e insonnia " (cfr. doc. 116 incarto AI, pag. 4). In merito il dr. med. _____, con valutazione del 20 febbraio 2024 su richiesta del SMR, dopo aver notato un incremento della prescrizione psichiatrica, ha affermato quanto segue: " _____ " (cfr. doc. 121 incarto AI, pag. 3 seg.). A tale conclusione lineare e coerente, presa sulla base di un'attenta valutazione degli atti e avallata dal SMR, va prestata adesione. In effetti il curante descrive

in sostanza la stessa sintomatologia riportata dal dr. med. _____, ma ne deduce una diversa conclusione circa l'abilità lavorativa. Diversa conclusione che egli tuttavia non motiva e non sostanzia. La ricorrente osserva inoltre che da quasi tre anni la affliggono dei disturbi di natura psichica, tali da renderle impossibile esercitare la professione di consulente di vendita e qualsivoglia altra attività lavorativa. Ciò che il curante del resto conferma per quanto riguarda il periodo seguente al 25 settembre 2023, data d'inizio della presa a carico. Il dr. med. _____, nel consulto psichiatrico contenuto nella perizia bidisciplinare del _____, aveva però già accertato che tali disturbi non erano di natura invalidante. E dai colloqui di ottobre 2022 con la ricorrente non è intervenuto alcun cambiamento di salute suscettibile di modificare questa conclusione. Rilevato come non sia stata evidenziata la presenza di altre patologie con influsso sulla capacità lavorativa né che emerga dagli atti – stante la constatata assenza di limitazioni funzionali – o sia stata addotta un'incapacità di svolgere le mansioni consuete, la conclusione del SMR espressa nel rapporto del 9 maggio 2023, supportata da un'accurata indagine e dall'esame della documentazione agli atti, merita conferma in quanto giunge a risultati concludenti, in ossequio ai succitati (cfr. consid. 2.5) requisiti posti dalla giurisprudenza in materia di valutazione dei mezzi di prova, non sussistendo del resto indizi concreti idonei a metterne in forse la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Alla luce di questi accertamenti, che appaiono senza dubbio ben motivati ed approfonditi, a ragione l'Ufficio AI, mediante la decisione contestata del 21 febbraio 2024, ha ammesso un periodo di inabilità lavorativa dal 3 maggio 2021, ma ha pure ritenuto che dal 1. febbraio 2022 (tre mesi e mezzo dopo l'inizio della presa a carico presso la dr.ssa med. _____) la situazione clinica era da considerare stabilizzata con un'abilità lavorativa completa in ogni attività, purché non esercitata presso l'ultimo datore di lavoro. 2.8. Alle conclusioni dell'Ufficio AI si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, la valutazione effettuata non è stata smentita nemmeno in questa sede da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo a tale valutazione e entro la data della decisione contestata, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Dinanzi al TCA la ricorrente ha in effetti contestato la valutazione medica operata dall'amministrazione, rilevando essenzialmente che la stessa si baserebbe unicamente sulla perizia bidisciplinare del _____ e sulle seguenti prese di posizione del dr. med. _____ e che non considererebbe adeguatamente le varie patologie, senza tuttavia apportare elementi probatori che consentano a questo Tribunale di dipartirsi dalle conclusioni del provvedimento censurato. Quanto innanzitutto alla questione dell'opportunità circa l'affidamento al dr. med. _____ della valutazione dei documenti medici prodotti mano a mano nel corso della procedura dalla ricorrente, va detto che quest'ultima non ha sostanziato alcun motivo di ricusa nei confronti del perito in questione, segnatamente motivi per i quali egli darebbe l'impressione di essere parziale. Va sottolineato che il dr. med. _____, nella redazione del consulto psichiatrico contenuto nella perizia bidisciplinare del _____, ha agito su incarico della Pretura quale perito e gli è stato fatto presente l'obbligo di prestare la sua opera secondo scienza e coscienza e con perfetta imparzialità, con inoltre la comminatoria dell'art. 307 CP. La ricorrente, allora, non ha avuto nulla da obiettare in merito alla designazione del perito; mal si comprende – ed ella non spiega – quale ragione, sorta nel frattempo, renderebbe ora intollerabile la designazione

del medesimo perito per dei complementi peritali. Secondo questo Tribunale, inoltre, proprio perché aveva redatto il consulto psichiatrico contenuto all'interno della perizia bidisciplinare del _____, egli era la persona più adatta a giudicare se i nuovi documenti medici prodotti erano atti a modificare le conclusioni della perizia stessa. Sia comunque osservato che correttamente l'Ufficio AI ha acquisito tutta la refertazione medica, tra cui le prese di posizione del dr. med. _____, sottoponendola al vaglio del medico SMR, il quale l'ha fatta propria ritenendola sufficiente per accertare la riacquisizione della capacità lavorativa dal 1. febbraio 2022. Irrilevante, infine, la mancata comunicazione preventiva della designazione del dr. med. _____ per i complementi peritali. Nessun pregiudizio subisce infatti la ricorrente, che può sollevare – con la dovuta tempestività e circostanziandola, però – motivi di riconsiderazione anche a posteriori, nel momento in cui viene a conoscenza dell'avvenuta designazione della persona in questione. La ricorrente adduce anche che il dr. med. _____ non l'ha più incontrata dopo l'autunno del 2022. L'Alta Corte ha già stabilito che, se ad una perizia allestita esclusivamente sulla base degli atti dell'incarto può essere riconosciuto valore probante nella misura in cui quest'ultimo contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell'assicurato (cfr. RAMI 1988 U 56, p. 370 seg. consid. 5b ed il riferimento; “Aktengutachten”), tale giurisprudenza va tuttavia relativizzata quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che una perizia in questo settore della medicina, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 seg.; STCA dell'8 agosto 2002 nella causa T., 35.2000.34; STCA 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, consid. 2.9; STCA 32.2005.134 dell'8 maggio 2006; STCA 32.2013.157 del 29 settembre 2014, consid. 2.9; STCA 35.2014.111 del 13 aprile 2015, consid. 2.10; STCA 35.2018.11 del 9 maggio 2018, consid. 2.8; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.5 e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.5). Avendo il dr. med. _____ incontrato la ricorrente il 13 e il 27 ottobre 2022, le condizioni poste dalla suddetta giurisprudenza sono rispettate. D'altronde la ricorrente non spiega – né emerge dall'incarto – quali circostanze concrete sarebbero mutate da ottobre 2022 e imporrebbero un nuovo consulto personale. Niente di rilevante per la presente procedura, inoltre, può essere dedotto dal fatto che il provvedimento professionale proposto dall'Ufficio AI non è andato a buon fine. In questo contesto giova ricordare che la giurisprudenza ha già più volte ribadito che i dati medici permettono generalmente un apprezzamento più oggettivo del caso e prevalgono, di principio, sulle constatazioni effettuate durante, ad esempio, uno stage di osservazione professionale, suscettibili di essere influenzate da elementi soggettivi legati al comportamento dell'assicurato (cfr. STF 8C_43/2024 del 9 agosto 2024, consid. 5.2: “Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 125 V 256 consid. 4; arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 9.5.3.2, destiné à la publication). Cependant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17). (...)”); 8C_370/2022 del 1. marzo 2023, consid. 5.4; 8C_564/2022 del 20 aprile 2023, consid. 5.1; 9C_343/2020 del 22 aprile 2021, consid. 6.1; 9C_65/2019 del 26 luglio 2019, consid. 5; STCA 35.2023.99 dell'11 aprile 2024, consid. 2.8.2 e 35.2023.19 del 14 agosto 2023,

consid. 2.6.3). Nei messaggi di posta elettronica scambiati dalle persone coinvolte, _____ (responsabile del corso proposto alla ricorrente) e _____ (consulente AI del Servizio integrazione professionale dell'Ufficio AI), prima dell'abbandono dell'unico corso iniziato dalla ricorrente e nei loro rapporti finali, a cui fa riferimento la ricorrente nell'impugnativa (cfr. p.to 3.3), non sono infatti contenute valutazioni sensibilmente divergenti da quelle del dr. med. _____. Vi si dà bensì di volta in volta unicamente atto dei differenti stati d'animo della ricorrente. Tali messaggi e rapporti non davano quindi motivo all'Ufficio AI di procedere con un complemento istruttorio, né lo danno ora a questo Tribunale.

2.9. Nel termine per presentare eventuali mezzi di prova a seguito della risposta di causa dell'Ufficio AI, la ricorrente ha prodotto un rapporto medico del Servizio psico-sociale del 22 maggio 2024 e un rapporto psicologico del Servizio di psicologia clinica e psicoterapia del 5 giugno 2024. Nel primo viene in particolare sostenuto che la ricorrente non presenta un funzionamento cognitivo e affettivo integro, essendo presente una marcata labilità emotiva e difficoltà nella gestione dell'emotività. Perciò, ella non risulterebbe abile al lavoro in nessun ambito (cfr. doc. X B1, pag. 1). Nel secondo si indica che, considerato il quadro psicopatologico caratterizzato da forte labilità, crisi d'ansia, deflessione timica e isolamento, risulta difficile immaginare la ricorrente in un contesto lavorativo regolare (cfr. doc. X B2). Il SMR ha ritenuto opportuno sottoporre tali scritti al dr. med. _____ il quale, il 26 giugno 2024, ha confermato le conclusioni alle quali era giunto con le precedenti prese di posizione. Egli, emergendo ancora una volta come il disturbo psichico sia connesso ai contrasti sul precedente posto di lavoro, riattivati da eventi stressanti del quotidiano, sottolinea che l'espressione drammatizzata dei sintomi resta strettamente funzionale al bisogno di riconoscimento sociale e assicurativo (cfr. doc. XIV 1, pag. 2). Con rapporto medico congiunto del 13 agosto 2024, il Servizio psico-sociale e il Servizio di psicologia clinica e psicoterapia hanno riferito che, sebbene la ricorrente presenti un'integrità cognitiva, il suo funzionamento globale risulta compromesso a causa di sintomi d'ansia e di depressione persistenti e cronicizzati, che limitano significativamente la sua capacità di svolgere attività lavorative. Aggiungono che la ricorrente manifesta una sofferenza autentica, senza alcuna tendenza a drammatizzare (cfr. doc. XVI C, pag. 1 seg.). Su detto rapporto medico ha preso posizione il dr. med. _____ con scritto del 18 settembre 2024, ribadendo le proprie conclusioni. Tutto ben ponderato tali conclusioni, rese da uno specialista in psichiatria e psicoterapia FMH dopo accurato esame dell'incarto, che prende motivata posizione sulle censure formulate dalla ricorrente e dai suoi curanti e avallate dal SMR, vanno confermate, non essendovi motivo di scostarsi e non risultando esservi elementi clinici rilevanti determinanti una modifica della valutazione in ambito medico-funzionale. Le attestazioni prodotte dai curanti, che peraltro consistono essenzialmente in una valutazione diversa delle medesime problematiche psichiatriche evidenziate dagli esperti che si sono occupati della ricorrente, e che traggono una diversa ma non motivata conclusione in merito alla capacità lavorativa, in effetti non forniscono elementi nuovi che permettano di protrarre l'inabilità lavorativa oltre il mese di febbraio 2022 o dai quali sia possibile evincere un significativo peggioramento delle condizioni rispetto a quanto approfonditamente appurato prima della resa della decisione impugnata. Siano qui peraltro nuovamente ricordate le riserve che si impongono nella valutazione delle certificazioni dei curanti giusta la giurisprudenza per la quale 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 e 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, con rinvii; cfr. in esteso al consid. 2.5). In effetti, a fronte essenzialmente del medesimo quadro sintomatico e della medesima diagnosi, mentre il dr. med. _____ il 3 novembre 2022 aveva riconosciuto un'inabilità lavorativa completa fino alla fine di gennaio 2022, il Servizio psico-sociale il 12 dicembre 2023 aveva indicato la persistenza di un'inabilità lavorativa completa dal 25 settembre 2023 (data d'inizio della presa a carico), conclusione confermata in data 30 gennaio, 22 maggio, 5 giugno (dal Servizio di psicologia clinica e psicoterapia) e 13 agosto 2024 (congiuntamente al Servizio di psicologia clinica e psicoterapia), precisando che nella ricorrente si evidenziava "una forte labilità emotiva, difficoltà nella gestione delle quote ansiose, problemi di sonno, tono dell'umore deflesso con sentimenti di fallimento e forti preoccupazioni per il suo futuro" (cfr. doc. 95 incarto AI). In merito, va osservato che il dr. med. _____ nel suo consulto psichiatrico contenuto nella perizia bidisciplinare del _____ aveva rilevato degli episodi di pianto e turbamenti emotivi quando si ripercorre quanto accaduto con l'ultimo datore di lavoro e ansia situazionale sollecitata dagli eventi avversi connessi all'ultimo posto di lavoro, ritenuto tuttavia che le energie fisiche erano obiettivamente integre, non si osservavano dei reali segni di affaticamento e la progettualità era buona. Aveva pure specificato che il riposo notturno della ricorrente era frammentato da alcuni risvegli anche a causa dei riferiti incubi ricorrenti, ma con la capacità di riprendere subito sonno e di riposare a sufficienza (cfr. doc. 45 incarto AI, pag. 56). La conclusione circa la recuperata abilità lavorativa a partire da febbraio 2022 era del resto stata confermata dal dr. med. _____ nella presa di posizione del 26 giugno 2024 sui rapporti del Servizio psico-sociale del 22 maggio 2024 e del Servizio di psicologia clinica e psicoterapia del 5 giugno 2024. Nella stessa egli precisava infatti che il disturbo psichico riscontrato dai curanti, connesso ai contrasti sul precedente posto di lavoro riattivati da eventi stressanti del quotidiano, era lo stesso da lui già segnalato a suo tempo. Osservava quindi che l'espressione drammatizzata dei sintomi restava strettamente funzionale al bisogno di riconoscimento sociale e assicurativo della ricorrente (cfr. doc. XIV 1). Nemmeno permette di dipartirsi dalle conclusioni del perito il rapporto medico congiunto del 13 agosto 2024 del Servizio psico-sociale e del Servizio di psicologia clinica e psicoterapia. In esso si può leggere che la ricorrente presenta un'integrità cognitiva; ciò, come rilevato dal dr. med. _____ nel suo scritto del 18 settembre 2024, è però in contrasto con quanto scritto nel rapporto medico del 22 maggio 2024 dal Servizio psico-sociale, che attestava un funzionamento cognitivo e affettivo non integro. Non v'è quindi assolutamente chiarezza su cosa abbiano effettivamente notato i curanti. Ciò che è invece chiaro è che a fronte di una perizia bidisciplinare del _____ che consta di 68 pagine, tre rapporti dei curanti di due/tre pagine l'uno non sono stati in grado di descrivere oggettivamente quali limiti funzionali, non rilevati dalla perizia o sorti successivamente, presenterebbe la ricorrente a causa dei suoi disturbi psichici. Per il resto i curanti delineano una situazione obiettiva che non si appalesa sostanzialmente diversa da quella descritta dal dr. med. _____ – a fronte peraltro di una descrizione soggettiva maggiormente pessimistica – ma che diverge sostanzialmente nelle conclusioni circa la gravità di tali sintomi patologici e, quindi, le

conseguenze sulla capacità lavorativa, senza però che tali divergenze siano accompagnate da motivazioni concrete che permettano di mettere quantomeno in dubbio le conclusioni del perito. Del resto, nemmeno vengono elencati e sostanziati elementi oggettivi che documentino un peggioramento rilevante delle condizioni della ricorrente intervenuto successivamente al referto del dr. med. _____ e entro la data della decisione contestata. Peggioramento che, stando al rapporto medico congiunto, è stato riferito ai curanti dalla ricorrente, ma che quest'ultima aveva negato, nelle osservazioni del 13 febbraio 2024 al progetto di decisione avendo asserito di essere afflitta da disturbi da quasi tre anni. Ne deriva che alla predetta conclusione, espressa da uno specialista in psichiatria e psicoterapia, sulla base di un'attenta valutazione clinica prima e degli atti poi, questo Tribunale deve aderire, non essendo state fatte valere argomentazioni che permettano in qualche modo di considerarla non corretta o incompleta. A maggior ragione considerato come la stessa sia stata condivisa e confermata anche dallo psichiatra del SMR, dr. med. _____. Sia qui ricordato che 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). Non ne va diversamente di una perizia affidata al _____, servizio specializzato indipendente, da un tribunale civile quale la Pretura di _____. Né del resto la ricorrente ha prodotto documentazione attestante un danno alla salute d'entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o un peggioramento successivo alle valutazioni del _____ e entro la data della decisione contestata. Va qui 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). In conclusione questo Tribunale, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche) nel diritto delle assicurazioni sociali (cfr. art. 61 lett. c in fine LPGa; cfr. anche STF 9C_549/2020 del 1. settembre 2021 consid. 3.1. e STCA 32.2022.39 consid. 2.7.2.), non essendo stato provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa o sulla capacità di svolgere le mansioni consuete intervenuto dopo la resa della valutazione del SAM del 17 marzo 2023 e prima della decisione contestata del 21 febbraio 2024, ritiene con il grado probatorio della verosimiglianza preponderante abitualmente applicabile al diritto delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti) che la valutazione medica effettuata dal _____ in punto all'incapacità lavorativa, rispecchiando le valutazioni degli specialisti interpellati dalla Pretura di _____ tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.5), e quindi quella del SMR (comprensiva della valutazione sulla capacità di svolgere le mansioni consuete) siano (più) confacenti alla realtà documentale (e quindi preferibili) rispetto a quella dei curanti. Pertanto, malgrado le problematiche psichiatriche insorte a causa del rapporto con il suo diretto superiore presso l'ultimo datore di lavoro e, quindi, il conseguente periodo d'inabilità lavorativa (del 100%

dal 3 maggio 2021 al 31 gennaio 2022), dal 1. febbraio 2022 (tre mesi e mezzo dopo l'inizio della presa a carico presso la dr.ssa med. _____) la ricorrente andava ritenuta nuovamente abile in misura completa nell'attività abituale di impiegata di vendita e in ogni altra attività, purché non esercitata presso l'ultimo datore di lavoro, e nuovamente capace in misura completa di svolgere le mansioni consuete. 2.10. La refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno della ricorrente sino all'emanazione della decisione contestata, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). La richiesta formulata dalla ricorrente di eseguire ulteriori approfondimenti medici va quindi respinta. 2.11. Ne discende che, secondo questo Tribunale, l'Ufficio AI ha correttamente respinto la domanda di prestazioni inoltrata dalla ricorrente. La decisione impugnata merita pertanto conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.12. 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 combinato disposto con l'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, la quale ha tuttavia chiesto di potere beneficiare dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 2.13. 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). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserimento, la presente vertenza appariva infatti sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In effetti, vista la perizia bidisciplinare del _____,

la ricorrente, patrocinata da un avvocato, avrebbe dovuto debitamente documentare un eventuale peggioramento della sua situazione valetudinaria. I rapporti del 22 maggio, 5 giugno e 13 agosto 2024 degli psicologi e degli psichiatri curanti, come visto (cfr. consid. 2.9), non hanno invece apportato nuovi elementi di valutazione. In simili condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere respinta.

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