

TI_GERICHTE 32.2024.62 vom 24. Juni 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-06-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.62

FR: TI_GERICHTE 32.2024.62 du 24 juin 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.62 del 24 giugno 2024

Erwägungen

E. 17

marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3).

2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98).

Per l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

Le spese sono addebitate all'insorgente, poiché è soccombente.

E. 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 concreto, quindi, stante la modifica del grado di invalidità dopo il 1° gennaio 2022 (dal 1° settembre 2019 il grado di invalidità sarebbe nullo e dal 1° luglio 2023 pari a 26,32%), va applicata questa circolare sulle disposizioni transitorie, che prevede alla marginale 2001 che i beneficiari di una rendita AI retta dal diritto anteriore cui si applicano le disposizioni transitorie sono suddivisi in tre gruppi, in base all'anno di nascita. Dallo schema ivi riportato risulta che l'assicurata fa parte del cosiddetto "gruppo mainstream", che identifica i nati tra il 1967 e il 1991 e che all'entrata in vigore della riforma (1° gennaio 2022) non avevano ancora quindi compiuto i 55 anni. Per questa categoria, la frazione di rendita viene adeguata in base alle nuove disposizioni e la rendita è trasferita nel sistema di rendite lineare, se il grado d'invalidità subisce un aumento o una riduzione di almeno cinque punti percentuali o questa riduzione del grado d'invalidità comporta una diminuzione della quota percentuale di rendita (N. 2004 e N. 2007 C DT US AI). La modifica del grado d'invalidità ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 lett. a LPGa (grado d'invalidità aumentato dallo 0% al 26,32%) è avvenuta a far tempo dal 12 luglio 2023 (cfr. consid. 1.7) ed è di almeno il 5%. Ne consegue che, sulla scorta delle citate circolari, è applicabile il diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc , L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGa e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGa, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui agli artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGa è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGa) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso

tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). 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) 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).

2.4. Trattandosi di una nuova domanda di prestazioni AI, va ricordato che giusta l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste al capoverso 2, che dispone che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Se tale condizione non è soddisfatta, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, pag. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 cpv. 1 LPGA si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C_916/2009 consid. 5.2; art. 41 vLAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffauer/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso

sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b, 105 V 30; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato 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; 9C_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.5. A seguito della nuova domanda di prestazioni del 10 dicembre 2018 inoltrata dall'assicurata per epicondilite destra e sinistra che la rendeva inabile al lavoro di estetista in ragione dell'80%, l'Ufficio AI ha raccolto la documentazione medica ed economica necessaria e il 15 dicembre 2020, ritenuta una totale abilità lavorativa in attività adeguate e una riduzione del 10% del reddito statistico da invalida per fattori sociali, ha emesso una decisione di rifiuto dell'attribuzione di una rendita di invalidità stante un grado di invalidità nullo. Questa decisione è stata annullata dalla STCA 32.2021.13 del 26 aprile 2021, con cui la scrivente Corte ha rinviato gli atti all'amministrazione per chiarire la capacità medico-teorica della ricorrente in attività adeguate. Il Servizio Medico Regionale ha quindi dato mandato il 7 febbraio 2022 (doc. 160) al dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, di valutare la capacità lavorativa dell'assicurata in attività adeguate dal 18 settembre 2018 in avanti. Lo specialista l'ha visitata durante un'ora il 12 aprile 2022 e ha reso la sua valutazione il 17 seguente (doc. 170), esponendo l'anamnesi (personale, sistematica somatica, familiare, sociale, i disturbi attuali) e i reperti dell'esame clinico (della colonna vertebrale, delle articolazioni e dell'esame neurologico cursorio). Nella valutazione medica il reumatologo ha sintetizzato la storia personale, professionale e sanitaria dell'assicurata, indicando le diagnosi rilevate dall'esame clinico, le proposte mediche da adottare, le risorse fisiche presenti e la capacità lavorativa nell'attività abituale e adeguata. In particolare, egli ha potuto documentare una tendenza ad iperlassità legamentare e confermare una sindrome fibromialgica generalizzata, con 13 su 18 punti fibromialgici positivi che, come tali, erano in grado di generare dolori cronici poco modulabili, non rispondenti alle cure farmacologiche-fisiatriche improntate, trattandosi di un quadro algico strutturalmente non spiegabile, di origine centrale. I disturbi accusati a quel momento erano in minima parte spiegabili con alterazioni strutturali documentate fino ad allora; gli specialisti in ortopedia e in reumatologia che l'avevano visitata in precedenza avevano potuto confermare la diagnosi di epicondilopatia ai gomiti, vista in chiara relazione con l'attività lavorativa svolta. Nel valutare la coerenza e la plausibilità, il perito ha osservato che i disturbi accusati dall'assicurata erano in minima parte spiegabili con le alterazioni strutturali documentate. Quali diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa egli ha

posto Poliartrosi delle dita (diagnosi clinica) ed Esiti da epicondilopatia omeroradiale bilaterale e quali diagnosi senza influsso Minime alterazioni degenerative del rachide cervicale; Disturbi statici della colonna vertebrale (appiattimento della colonna dorsale con minima scoliosi sinistroconvessa, iperlordosi lombare); Tendenza ad iperlassità legamentare; Decondizionamento e sbilancio muscolare; Sindrome fibromialgica generalizzata; Sottopeso corporeo (BMI 17,8kg/m²). Nella valutazione delle capacità, delle risorse e dei problemi, il perito ha ritenuto che l'assicurata poteva talvolta sollevare e portare pesi tra 5 e 10 kg fino all'altezza dei fianchi, fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, di rado attrezzi di media entità, talvolta eseguire una rotazione manuale. Doveva evitare movimenti ripetitivi e/o monotoni di flessione-estensione dei gomiti, di prosupinazione degli avambracci come pure di estensione dei polsi, in particolare contro resistenza. L'assicurata poteva talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, molto spesso ruotare il tronco, assumere la posizione seduta e inclinata in avanti, in piedi e inclinata in avanti, inginocchiata, effettuare la flessione delle ginocchia, assumere la posizione seduta e in piedi di lunga durata, camminare per lunghi tragitti e su terreno accidentato, salire le scale, talvolta su scale a pioli. Questi limiti di carico erano applicabili sia durante le ore lavorative sia durante il tempo libero. V'erano dunque risorse fisiche che permettevano una reintegrazione professionale. Nel rispondere ai quesiti peritali, l'esperto ha ritenuto giustificati un'inabilità lavorativa dell'80% come estetista a partire dal 1° gennaio 2020 e i periodi di inabilità dell'80% dal 10 settembre 2018, del 50% dal 10 giugno 2019 e del 60% dal 1° ottobre 2019, trattandosi di un lavoro non adeguato alle risorse fisiche dell'assicurata richiedendo un importante ingaggio contro resistenza dei gomiti, dei polsi, con movimenti monotoni ripetitivi degli stessi, portanti una riesacerbazione delle epicondilopatie ai gomiti descritte sia dai medici curanti sia dallo specialista in reumatologia dr. _____, che nel 2019 l'ha visitata per conto dell'assicuratore malattia. In un lavoro adatto allo stato di salute, il perito ha giudicato l'interessata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale con rendimento massimo del 100% a partire dall'11 giugno 2019; precedentemente ha riconosciuto i periodi di inabilità dell'80% dal 10 settembre 2018, del 50% dal 27 marzo 2019 e del 25% dal 13 maggio 2019. A suo dire, non v'erano provvedimenti sanitari e terapie in grado di ripercuotersi sulla capacità lavorativa. Dal lato terapeutico, farmacologico, lo specialista ha infatti proposto in prima istanza l'introduzione di una psico-farmacoterapia algomodulatoria centrale, in grado di agire sull'arco delle 24 ore, per innalzare la soglia del dolore nel contesto della sindrome fibromialgica generalizzata; il peso corporeo andava normalizzato. Dal lato fisioterapico, andava sostenuto un programma di ginnastica attiva per incrementare la massa muscolare in grado di stabilizzare il rachide e le articolazioni periferiche in tendenza ad iperlassità legamentare. Il perito ha specificato che queste misure erano in grado di migliorare la qualità di vita dell'assicurata, ma non garantivano una normalizzazione delle sue risorse fisiche. Il rapporto finale SMR reso il 25 aprile 2022 (doc. 171) dalla dr.ssa med. _____ ha fatto proprie le diagnosi, i limiti e le risorse come pure i gradi di inabilità lavorativa posti dal perito, indicando per le limitazioni funzionali che il carico massimo era di 5 kg, che non era necessario alternare la postura al bisogno né effettuare pause supplementari e che non v'erano difficoltà nello svolgere lavori di precisione. Il progetto di decisione che è seguito il 22 giugno 2022 (doc. 176) ha rifiutato il diritto alle prestazioni stante un grado di invalidità nullo come già determinato nella decisione del 15 dicembre 2020. A richiesta dell'allora patrocinatore legale dell'assicurata (doc. 183), l'Ufficio AI ha programmato un accertamento

professionale, che però non ha potuto avere luogo a causa di un ripensamento della diretta interessata e ciò malgrado dal profilo psichico non vi fossero, inizialmente, delle patologie psichiatriche di gravità tale da giustificare la mancata partecipazione dell'assicurata a un periodo di accertamento di quattro settimane (doc. 199). In conseguenza di ciò, sulla scorta del referto del 26 luglio 2023 (doc. 206) del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che dal 2009 segue l'assicurata e che ha trovato una paziente fortemente scossa, preoccupata, agitata e peggiorata dal profilo psichico dopo che il 4 luglio 2023 ha avuto un incontro con i funzionari dell'Ufficio AI per verbalizzare la difficoltà emotiva e psicologica nel sottoporsi a tale accertamento, il 12 settembre 2023 (doc. 209) il dottor _____ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto necessario esperire un accertamento peritale psichiatrico per determinare in modo oggettivo la sua capacità lavorativa in attività abituale e adeguata allo stato di salute. Il dr. med. _____ del _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha avuto due colloqui con l'assicurata, il 30 novembre 2023 (1 ora e 45 minuti) e l'8 gennaio 2024 (40 minuti), per un totale di 145 minuti. Il perito ha riassunto gli atti messi a sua disposizione, ha esposto l'anamnesi (familiare, socio-relazionale, lavorativa, somatica, psicopatologica pregressa e i disturbi attuali), la descrizione della giornata, i sintomi soggettivi e il trattamento psichiatrico in atto. Egli ha poi ricapitolato l'esame clinico secondo AMDP-System, non ha ritenuto necessario approfondire lo stato dell'assicurata con una valutazione psicodiagnostica o psicometrica e ha rilevato che non sono emerse particolari incoerenze tra quanto appreso dall'analisi della documentazione agli atti e quanto obiettivato in perizia. Lo specialista, dopo avere riportato la precisazione dell'SMR secondo cui il perito psichiatra avrebbe dovuto prendere visione della perizia reumatologica e confrontarsi con il collega, ha affermato che il 22 febbraio 2024 ha " dialogato al telefono (come da indicazione del medico SMR con il dr. _____, autore il 17.04.2022 di una perizia reumatologica per UAI, confrontandomi con lui sull'esito dei due iter peritali e sulle relative CL dell'assicurata. Non sono invece riuscito a mettermi in contatto con lo psichiatra curante l'assicurata, dr. _____." (doc. 221 punto 5 pag. 13). Nella discussione diagnostica il perito ha riportato le conclusioni del rapporto peritale del reumatologo dr. _____ e del collega dr. _____ del 26 luglio 2023, rilevando che durante la sua valutazione è emersa una lamentazione intensa e penosa di dolorabilità diffusa, in particolare agli arti superiori, con impotenza funzionale e in particolare agli epicondili bilateralmente che, a suo avviso, non poteva essere totalmente spiegata dalla componente organica della malattia ed era pertanto possibile porre la diagnosi di sindrome somatoforme da dolorabilità persistente, quale tratto psicopatologico impattante negativamente sulla sua capacità lavorativa e integrabile con l'incapacità lavorativa organica. Egli ha inoltre apprezzato un tono dell'umore lievemente deflesso con sentimenti di perdita di sicurezza, ridotta autostima oltre alla riferita presenza, obiettivata anche in sede peritale, di ansia libera e riferito evitamento dei luoghi pubblici; al domicilio la condizione di incremento della tensione endo-psichica sembrava essere presente soprattutto nelle ore serali e notturne. Si consolidava, perciò, la diagnosi di persistente quadro ansioso-depressivo, già evidenziato dal curante. Per contro, malgrado l'assicurata fosse in cura psichiatrica da oltre un ventennio, non erano soddisfatti i criteri per porre diagnosi di episodio depressivo maggiore e nemmeno di sindrome depressiva ricorrente secondo i criteri ICD-10, ma piuttosto di distimia. Peraltro, la terapia antidepressiva impostata dal curante con l'introduzione di antidepressivi di tipo SNRI, che non avrebbero avuto grande impatto sulla dolorabilità cronica, ad adeguati dosaggi avrebbero però potuto impattare positivamente sul piano della ripresa del tono dell'umore e

della relativa componente ansiosa. Infine, anche se molto meno impattante sulla capacità lavorativa, il perito ha segnalato la componente personologica patologica, ben descritta dallo psichiatra curante, sin dal 2015 e ribadita nel luglio 2023, obiettivata pure in perizia. Le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa erano dunque di Distimia (Depressione ansiosa persistente) (ICD-10: F34.1); Disturbo somatoforme da dolorabilità persistente (ICD-10: F45.4) e Disturbo misto di personalità con prevalenti tratti evitanti-dipendenti (ICD-10: F61.0). Nella valutazione psichiatrica lo specialista ha evidenziato che l'assicurata ha sviluppato una forma di patologia reumatologica, ad andamento cronico, che aveva un forte influsso sul suo lavoro e gradualmente sul suo psichismo, già minato da una forma ansioso-depressiva persistente, innestata su di un disturbo di personalità con prevalenti aspetti evitanti-dipendenti. Il peggioramento del quadro organico nell'estate 2018 ha di fatto riattivato la problematica psichica di base, cui si è aggiunto un disturbo somatoforme da dolorabilità persistente, impattante con le altre due patologie sulla sua capacità lavorativa abituale e adeguata. Dopo avere attraversato dei periodi di benessere, ora la componente ansiosa della forma depressiva e la dolorabilità persistente condizionavano anche la socialità. Secondo il perito, con determinati accorgimenti terapeutici la prognosi, dal punto di vista psichiatrico, appariva favorevole, mentre dal profilo medico-teorico le possibilità di una riqualifica apparivano condizionate negativamente dalla struttura personologica patologica. L'esperto nominato dall'Ufficio AI ha rilevato un'analogia tra le limitazioni dell'assicurata nello svolgimento delle attività in tutti gli ambiti della vita e ha oggettivato un'effettiva sofferenza senza segni di amplificazione. Il quadro clinico era coerente e le limitazioni funzionali risultavano plausibili. Nella valutazione della capacità, delle risorse e dei problemi, egli ha descritto le risorse e i deficit secondo lo schema MINI ICF-APP, indicando che il grado di disabilità era assente per quanto concerne la mobilità, assente o lieve per la cura di sé, le attività spontanee e le competenze, lieve per l'organizzazione dei compiti, la flessibilità, il giudizio, l'assertività e le relazioni intime, lieve-moderato per il rispetto delle regole, la persistenza e l'integrazione nel gruppo e moderato nel contatto con gli altri. Lo psichiatra ha spiegato che l'assicurata presentava una sindrome ansioso-depressiva persistente e un concomitante disturbo somatoforme, da dolorabilità persistente, il tutto innestato su una strutturazione patologica di personalità, comportante una riduzione della sua capacità lavorativa, già marcatamente abbattuta in attività abituale per motivi organici. L'interessata ha mostrato, negli anni, di avere buone capacità di adattamento nonostante alcune problematiche psichiatriche l'accompagnassero da oltre un ventennio, ma tutto è precipitato dopo l'esordio del problema agli epicondili nel 2018. Quando sono peggiorati i problemi fisici, l'assicurata non è stata in grado di adattarsi ai cambiamenti ed è insorta/risorta la problematica psichiatrica; mostrava limitazioni funzionali in vari ambiti, peraltro prevalentemente di grado lieve o al massimo lieve-moderato. Per la patologia depressiva emergente l'esperto ha evidenziato un disinvestimento in generale nei confronti delle relazioni interpersonali, ma non in quella terapeutica. Egli ha ritenuto probabile che con un adeguamento della terapia farmacologica vi potesse essere un maggior contenimento di questi aspetti di mal funzionamento. Ai quesiti peritali sulla capacità lavorativa il dr. med. _____ ha risposto ritenendo che dal 10 settembre 2018 (data di inizio della inabilità lavorativa dell'80% per motivi organici) al 12 luglio 2023 (data della visita psichiatrica con il dr. _____) la sua capacità lavorativa in attività abituale, per soli motivi psichiatrici, appariva totalmente conservata (capacità lavorativa del 100%, inabilità lavorativa dello 0%). Dal 12 luglio 2023 in poi v'era invece una compromissione della capacità lavorativa,

per patologie psichiatriche, come estetista al 100% quantificabile in un 30% (capacità lavorativa del 70%, inabilità lavorativa del 30%). A suo avviso, non esisteva un'attività adeguata nella quale l'assicurata potesse avere dal punto di vista psichiatrico una capacità lavorativa diversa da quella presentata nell'attività lavorativa abituale (capacità lavorativa 70%, inabilità 30%). Lo psichiatra ha osservato che la compromissione della capacità lavorativa dell'assicurata relativamente alla componente depressiva del tratto psicopatologico era quantificabile in un 20% e doveva essere considerata cumulabile alla compromissione della sua capacità lavorativa per motivi organici; il quadro somatoforme, che impattava negativamente al 10% sulla capacità lavorativa dell'assicurata, doveva essere considerato integrabile con le limitazioni organiche, in tutte le attività e in relazione al tempo e al rendimento. Come casalinga la capacità lavorativa era del 100%. Infine, con l'eventuale reintroduzione di un trattamento con un SNRI, che avrebbe potuto dare benefici sulla ripresa del tono dell'umore, il perito ha ipotizzato che nell'arco di 10-12 mesi si sarebbe potuto determinare una ripresa della capacità lavorativa del 20% (capacità lavorativa del 90%), raggiungendo un'inabilità lavorativa, per soli motivi psichici, del 10% in tutte le attività. Nel rapporto finale SMR del 6 marzo 2024 (doc. 222), la dr.ssa med.

_____ ha riportato le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata poste dai due periti, i limiti funzionali individuati dal reumatologo nel 2022 e i gradi di inabilità lavorativa valutati da quest'ultimo (80% dal 1° gennaio 2020 come estetista e 0% dall'11 giugno 2019 in attività adeguate), aggiornando il dato per l'attività adeguata con un'inabilità lavorativa del 30% dal 12 luglio 2023 in avanti per motivi psichiatrici. Il nuovo progetto di decisione del 21 marzo 2024, che annullava e sostituiva il precedente, ha respinto la domanda di prestazioni stante un grado di invalidità nullo dal settembre 2019, del 26,32% dal 12 luglio 2023 e del 33,68% dal 1° gennaio 2024. Nelle osservazioni che sono seguite l'assicurata ha contestato di essere inabile al lavoro solo nella misura del 30%, visto che nel rapporto del 26 luglio 2023 il dr. med. _____ ha determinato un impedimento di almeno il 40-50% tenuto conto del quadro complessivo, caratterizzato non solo da disagio psichico, ma anche da problemi reumatologici. Nel certificato del 21 maggio 2024 (doc. 235) lo psichiatra curante ha confermato le sue valutazioni cliniche contenute nei rapporti del 26 luglio 2023 e del 20 maggio 2015 e ha precisato che erano presenti anche i criteri di Foerster-Mosimann (dolore somatoforme ingravescente, comorbidità con affezione psichica importante, quadro cinico presente da anni e resistente alle cure e il cosiddetto "krankheitsgewinn"), criteri che, se presenti, presuppongono un quadro clinico importante con difficoltà alle cure e al reinserimento lavorativo. Il 23 maggio 2024 (doc. 238) la dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina interna, ha dichiarato che l'assicurata presentava da tempo delle cervico-brachialgie bilaterali, un'epicondilita radiale bilaterale, con dolori che si esacerbavano ogni volta che effettuava movimenti ripetuti con le braccia. V'era una tendenza al reumatismo delle parti molli di tipo fibromialgico che peggiorava ulteriormente il quadro clinico. La curante ha inoltre ricordato che l'interessata era seguita dal dr. med. _____, psichiatra, per problemi psichici severi che si manifestavano in particolare con stati di ansia e attacchi di panico quotidiani, peggiorati da ogni minima situazione di stress. Questo quadro le ha reso impossibile, a varie riprese, presentarsi agli accertamenti professionali previsti dall'Ufficio AI. In conclusione, il medico curante dell'assicurata ha affermato che la sua paziente lamentava dei disturbi sia somatici che psichici importanti, presenti da anni e resistenti alle terapie finora intraprese con conseguenti importanti difficoltà in ambito lavorativo. Quest'ultima documentazione, unitamente al rapporto del 20

maggio 2015 del dr. med. _____, è stata sottoposta al perito del _____, il quale il 20 giugno 2024 (doc. 247) ha risposto alle critiche rivolte dal legale dell'assicurata sulla durata complessiva di sole 2 ore e 25 minuti dei due colloqui avuti e sul non avere approfondito la situazione psichiatrica e diagnostica con dei test e dopo confronto con lo psichiatra curante. Riguardo alle certificazioni di quest'ultimo, il perito ha osservato che il nuovo referto del 21 maggio 2024 non apportava nuovi elementi a favore di una compromissione più elevata della capacità lavorativa della ricorrente, in tutte le attività, rispetto a quanto egli ha obiettato e nemmeno ha individuato delle nuove diagnosi. Nemmeno le considerazioni della dr.ssa med. _____ del 23 maggio 2024 in ambito psichiatrico hanno aggiunto nuovi elementi clinici a quanto egli ha obiettato con la sua perizia o che ha certificato il dr. med. _____. Per quanto concerne gli aspetti reumatologici, l'esperto ha evidenziato di essersi confrontato con il dr. _____ e che non erano emersi nuovi elementi utili nel suo campo. Ciò stante, il 21 giugno 2024 (doc. 246) la dr.ssa _____, viste le precedenti valutazioni del dr. med. _____ (reumatologo) e della dr.ssa _____ (psichiatra) effettuate per conto dell'assicuratore malattia rispettivamente le perizie dei dr. _____ (reumatologo) e _____ (psichiatra) rese su mandato dell'Ufficio AI, come pure la presa di posizione di quest'ultimo specialista del 20 giugno 2024, ha concluso che non v'erano nuovi elementi clinici che cambiavano il suo precedente rapporto finale SMR del 25 aprile 2024, che rimaneva dunque invariato. Di conseguenza, la decisione del 24 giugno 2024 ha confermato integralmente il progetto e ha negato il diritto alla rendita. 2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da

medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludente delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludente degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en

oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" . In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, Le perizie nelle assicurazioni sociali, in: Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Con STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha

aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi, la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale e da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza, la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 (8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . Il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve

fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai citati giudizi 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 3.5.1 ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto, si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Infine, in DTF 145 V 215 l'Alta Corte ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018, consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018, consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.8. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente valutato lo stato di salute della ricorrente, dopo attenta analisi di tutti gli atti medici il Tribunale non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta. Come stabilito il 26 aprile 2021 da questa Corte con STCA 32.2021.13, l'Ufficio assicurazione invalidità ha sottoposto la ricorrente a una valutazione specialistica reumatologica, da cui è emerso che nell'esercizio dell'attività lavorativa abituale di estetista l'assicurata era impedita nella misura dell'80% dal 1° gennaio 2020. Il dr. med. _____, che nell'aprile 2022 ha esaminato nel dettaglio lo stato di salute dell'insorgente basandosi sulla documentazione fornitagli dall'amministrazione e sugli accertamenti effettuati di persona, quali un esame clinico della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche e un esame neurologico cursorio, ha ripercorso le indagini cliniche a cui si è sottoposta l'interessata in precedenza e ha riportato i risultati dei colleghi reumatologi e ortopedici (pagine 15 e 16). Inoltre, egli ha descritto le sensazioni riferitele dall'assicurata e quanto ha riscontrato di persona durante il suo esame clinico (pagine 16 in fine e 17), concludendo di avere apprezzato un esame clinico funzionale normale delle

articolazioni agli arti inferiori e di avere documentato una tendenza ad iperlassità legamentare. Inoltre, egli ha confermato una sindrome fibromialgica generalizzata - già diagnosticata in passato - con 13 su 18 punti fibromialgici positivi, ripartiti simmetricamente alla parte superiore ed inferiore del corpo, che erano in grado di generare dolori cronici poco modulabili, non rispondenti alle cure farmacologiche-fisiatriche improntate, trattandosi di un quadro algico strutturalmente non spiegabile, di origine centrale. Il reumatologo ha perciò affermato che i disturbi accusati dalla ricorrente erano solo in minima parte spiegabili con le alterazioni strutturali documentate fino ad allora. Quali terapie atte a migliorare la qualità di vita dell'assicurata, ma non a garantire una normalizzazione delle sue risorse fisiche, egli ha proposto della ginnastica attiva per aumentare la massa muscolare e una psicofarmacoterapia per innalzare la soglia del dolore stante la sindrome fibromialgica generalizzata. I limiti funzionali individuati dal perito, e meglio le risorse fisiche dell'assicurata nel sollevare pesi, nel maneggiare attrezzi, nello stare in piedi o seduta e nel camminare, applicabili durante sia le ore lavorative sia il tempo libero, hanno portato l'esperto a concludere che l'assicurata poteva essere professionalmente reintegrata. Pertanto, egli ha ritenuto giustificata dall'11 giugno 2019 una piena capacità lavorativa in attività adeguate che tenessero in considerazione queste capacità fisiche. La ricorrente è d'accordo con l'inabilità dell'80% nell'attività abituale di estetista, ma non con la capacità lavorativa del 100% in attività adatte valutata dal perito reumatologo. Tuttavia, di rapporti medici specialistici contrari non ve ne sono. In effetti, la semplice affermazione della dr.ssa _____ del 23 maggio 2024, secondo cui l'assicurata presentava da tempo delle cervico-brachialgie bilaterali, un'epicondilite radiale bilaterale con dolori che si esacerbavano ogni volta che effettuava dei movimenti ripetuti con le braccia, non è sufficiente per contrastare la chiara e dettagliata analisi fornita dal perito. Inoltre, la curante nemmeno ha quantificato il grado di inabilità lavorativa che queste patologie comporterebbero. Pertanto, come tale, questa descrizione, in assenza di una più ampia spiegazione, non giustifica di doversi scostare dal completo e affidabile esame effettuato dallo specialista in reumatologia, che ha ben illustrato le sue conclusioni. Egli ha peraltro saputo identificare una serie di risorse fisiche che, malgrado le diagnosi reumatologiche che ha posto con conseguenze sulla capacità lavorativa, che si sovrappongono a quelle indicate dal medico curante, permettevano comunque alla ricorrente di potere esercitare un'attività lucrativa a tempo pieno che tenesse conto di questi limiti funzionali e quindi non è stata ritenuta un'inabilità lavorativa in attività adatte allo stato di salute. Anche il reumatologo ha individuato la sindrome fibromialgica generalizzata indicata dalla dr.ssa _____, la quale ha affermato il 23 maggio 2024 che " Vi è una tendenza al reumatismo delle parti molli di tipo fibromialgico che peggiora ulteriormente il quadro clinico " (doc. 238), ponendo però egli tale diagnosi fra quelle non aventi influsso sulla capacità lavorativa. Il dottor _____ ha osservato che i 13 su 18 punti rilevati erano in grado di generare dolori cronici poco modulabili, che non rispondevano alle cure farmacologiche e fisiatriche adottate, poiché si trattava di un quadro algico che non era strutturalmente spiegabile. Egli ha quindi tenuto conto di questa patologia, tanto che ha suggerito, per migliorare la qualità di vita dell'insorgente, di introdurre una terapia psicofarmacologica algomodulatoria centrale in grado di agire sull'arco delle 24 ore per innalzare la soglia del dolore nel contesto della sindrome fibromialgica generalizzata. Inoltre, l'esperto ha precisato che i limiti funzionali che ha elencato tenevano unicamente conto degli impedimenti strutturali che erano spiegabili e inerenti alla reumatologia e quindi non attinenti a comorbidità psichiatriche. 2.9. Per quanto concerne l'aspetto psichico, il perito che ha valutato la

ricorrente a cavallo tra il 2023 e il 2024 ha da parte sua considerato le problematiche organiche. Nella sua valutazione del 23 febbraio 2024 il dr. med. _____ ha infatti riportato l'annotazione del Servizio Medico Regionale del 30 novembre 2023, in cui è stato spiegato il motivo per cui non era necessario esperire una perizia bidisciplinare reumatologica e psichiatrica, ma che " Si richiede al perito psichiatrico di prendere visione della perizia Dr. _____, reumatologo, con data 17.04.2022, e di confrontarsi con il collega. ". Dando seguito a questa avvertenza, l'esperto in psichiatria che ha visitato la ricorrente a fine novembre 2023 e a inizio gennaio 2024 ha preso contatto telefonico con il reumatologo che l'ha esaminata il 14 aprile 2022, sempre per conto dell'Ufficio AI, e si è " confrontato con lui sull'esito dei due iter peritali e sulle relative CL dell'assicurata. " (doc. 221 punto 5 pag. 13). Inoltre, contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente, il dr. med. _____ ha tenuto conto dell'interazione tra le patologie somatiche e quelle psichiche, tanto da avere diagnosticato un Disturbo somatoforme da dolorabilità persistente (ICD-10:F45.4). Pure nella sintesi della storia personale, professionale e sanitaria dell'assicurata egli ha espressamente menzionato che " ha sviluppato una forma di patologia reumatologica, ad andamento cronico, marcatamente impattante sul suo lavoro e gradualmente sul suo psichismo, peraltro già minato da una forma ansioso-depressiva persistente, innestata su di un disturbo di personalità con prevalenti aspetti evitanti-dipendenti; il peggioramento del quadro organico (estate 2018) ha di fatto riattivato la problematica psichica di base, cui si è aggiunto un disturbo somatoforme da dolorabilità persistente, impattante con le altre due patologie sulla sua CL, abituale e adeguata. " (doc. 221 punto 7.1 pag. 15). Un'ulteriore prova che i due specialisti si sono parlati e hanno discusso del caso della ricorrente è data dalla spiegazione fornita dal perito psichiatra sulla sua determinazione dei gradi di capacità lavorativa dell'assicurata. Infatti, dopo avere valutato che in attività abituale e adeguata la capacità lavorativa, per soli motivi psichiatrici, era totalmente conservata dal 10 settembre 2018 all'11 luglio 2023, e che dal 12 luglio 2023 era ridotta del 30% per patologie psichiatriche, il dr. _____ ha specificato che: " La compromissione della CL della perizianda relativamente alla componente depressiva del tratto psicopatologico, è quantificabile in un 20% e deve essere considerata cumulabile alla compromissione della sua CL per motivi organici; il quadro somatoforme, che impatta negativamente al 10% sulla CL dell'assicurata, deve essere considerato integrabile con le limitazioni organiche, in tutte le attività ed in relazione al tempo e al rendimento." (doc. 221 punto 8.1 pag. 18). Infine, anche nel complemento peritale del 20 giugno 2024 il dr. _____, in merito alle considerazioni del 23 maggio 2024 della curante generalista sugli aspetti somatici, ha ricordato di avere ricevuto mandato dall'SMR di prendere visione della perizia del dr. med. _____ e di confrontarsi con il reumatologo, spiegando che il " confronto avvenuto telefonicamente in data 22.02.2024, senza che dal colloquio siano emersi nuovi elementi, utili alla stesura della mia perizia. " (doc. 247 pag. 2 in fine). A differenza di quanto sostenuto dall'insorgente, dunque, la valutazione delle sue condizioni di salute tiene conto di entrambe le limitazioni, psichiche e somatiche, che ne compromettono la sua capacità lavorativa. Il perito psichiatra ha chiaramente spiegato in quale misura i disturbi fisici impattano sulla psiche dell'assicurata. Da un lato, la componente depressiva, che limita la capacità lavorativa dell'interessata in ragione del 20%, deve essere cumulata alla limitazione della capacità lavorativa per motivi fisici; d'altro lato, il quadro somatoforme, che riduce la capacità lavorativa nella misura del 10%, è integrato nelle limitazioni somatiche. La lamentela dell'insorgente di avere scisso e quindi valutato separatamente questi due aspetti (doc. I punto 8 pag. 5), sostenuta dal dr. _____ nel

suo rapporto del 26 luglio 2023 (doc. D), va pertanto respinta, avendo ciascuno specialista, sia il reumatologo sia lo psichiatra, tenuto conto e diagnosticato delle problematiche psichiatriche e somatiche nelle rispettive valutazioni. Anche la conseguente affermazione secondo cui " la decisione impugnata non tiene conto che le limitazioni di cui soffre la ricorrente non sono solo di ordine fisico e reumatologico, ma altresì di tipo psichiatrico che, nell'insieme, impattano in maniera importante sulla capacità lavorativa " (doc. I punto 8 pag. 5), deve essere rigettata, visto che la capacità lavorativa dell'assicurata, in attività adatte, è essenzialmente ridotta per motivi psichici e non fisici. La circostanza che i periti non abbiano esaminato l'assicurata nel medesimo periodo - nell'ambito di una valutazione pluridisciplinare - non porta, nel caso concreto, a potere concludere che le due valutazioni siano totalmente separate e a sé stanti. In effetti, non essendo intervenuto un peggioramento dello stato di salute della ricorrente per quanto concerne l'aspetto somatico tra la valutazione del dr. _____ (aprile 2022) e quella del dr. _____ (febbraio 2024), nel caso in esame non v'è alcun valido motivo per ritenere che le loro conclusioni non siano corrette. Gli specialisti si sono infatti sentiti telefonicamente, anche se a quasi due anni di distanza, ma non va dimenticato che lo psichiatra aveva a disposizione il rapporto peritale del reumatologo e che ne ha tenuto conto nella sua valutazione sia per porre le diagnosi sia per determinare la capacità lavorativa. Non va pertanto tutelata l'affermazione dell'assicurata secondo cui l'aspetto della comorbidità tra i disturbi somatici e quelli psichici non sarebbe stato considerato nella decisione impugnata (doc. I punto 8 pag. 5 in fine). Di conseguenza, non si dà seguito alla richiesta ricorsuale di esperire ulteriori accertamenti medici e meglio una perizia pluridisciplinare che accerti questa comorbidità.

2.10. Gli esperti in reumatologia (dr. med. _____) e in psichiatria e psicoterapia (dr. med. _____) hanno avuto modo di valutare l'assicurata analizzando la documentazione medica raccolta dall'Ufficio assicurazione invalidità presso i curanti, visitandola di persona e analizzando i reperti soggettivi e le constatazioni oggettive. I due periti si sono dettagliatamente pronunciati, ciascuno nel suo specifico campo di competenza, sulle condizioni di salute della ricorrente retroattivamente al 2018, ponendo delle diagnosi con e senza ripercussioni sulla sua capacità lavorativa e definendo il grado di incapacità lavorativa sia nell'attività precedentemente esercitata di estetista sia in attività adeguate, fermo restando i limiti funzionali individuati dai vari consulenti. Le argomentazioni espresse dagli esperti intervenuti sono chiare, complete e non contraddittorie, perciò non prestano il fianco ad alcuna critica. Va inoltre rilevato che il dr. _____ ha preso posizione sulla contestazione della presunta brevità della sua valutazione peritale - sollevata con le osservazioni al progetto di decisione e riproposta con il ricorso -, spiegando nel suo complemento peritale che la durata, criticata, dei due colloqui avuti (in totale 2 ore e 25 minuti) corrisponde alla durata media di un iter peritale finalizzato, anzitutto, a creare un clima di serenità per affrontare un'indagine. Deve poi, in una tempistica ragionevole, definire il disagio e il suo riverbero sulla capacità lavorativa, tenendo conto delle cornici familiari, culturali, fisiche, psichiche e sociali in cui si deve leggere il tratto psicopatologico. La ricorrente ha inoltre criticato il perito laddove non ha fatto capo a dei test e non ha contattato il suo psichiatra curante per approfondire la sua situazione clinica, ma si è limitata a dei colloqui verbali. L'assicurata ha rilevato come lo stesso esperto abbia ammesso questa circostanza nel suo complemento peritale. Lo psichiatra designato dall'UAI ha debitamente spiegato all'interessata la natura e lo scopo dell'utilizzo della testistica e ha concluso che " il colloquio clinico superi le risposte probabilistiche, date dalla testistica psicodiagnostica e/o neuropsicologica ", non senza sottolineare poi che " uno strumento di

valutazione integrato (emergenza clinica-valutazione obiettiva) è cioè il Mini-ICF -APP è stato utilizzato in perizia e fa parte dell'iter peritale standardizzato (...). ". In altre parole, laddove l'ha ritenuto necessario, fermo restando che ogni caso è a sé stante e che le esigenze sono differenti per ogni assicurato, il perito ha fatto capo a specifici test per valutare lo stato di salute dell'insorgente. La ricorrente non rende poi verosimile che la pretesa carenza infici nelle sue conclusioni la valutazione peritale. Il perito, come indicato nel rapporto peritale del 23 febbraio 2024 " Informazioni da terzi ", non è riuscito a mettersi in contatto con il curante dr. med. _____. A seguito delle critiche mosse con le osservazioni al progetto di decisione, nel complemento del 20 giugno 2024 il dr. _____ ha precisato di avere " cercato telefonicamente il medico curante l'assicurata, ma lo stesso non era raggiungibile; pertanto, non si è reso possibile un confronto (che è routine della mia attività peritale), con lo psichiatra di riferimento della sua assistita. " (doc. 247 pag. 2). Ad ogni modo, il perito aveva a disposizione due dettagliati referti dello psichiatra curante, il primo del 20 maggio 2015 (doc. E) e il secondo del 26 luglio 2023 (doc. D), a cui si è aggiunto quello, più stringato, del 21 maggio 2024. Riguardo alla più recente certificazione, il perito ha osservato che rinvia alle precedenti del 2023 e del 2015 e che già in quella prima occasione il curante poneva la diagnosi differenziale di sindrome depressiva ricorrente con distimia, cioè il quadro affettivo depressivo che egli ha diagnosticato. Inoltre, nel rapporto del 21 maggio 2024 il suo collega ha posto la diagnosi di dolore somatoforme e anche questa diagnosi corrisponde a quanto l'esperto ha obiettivato nella sua valutazione. Pertanto, il nuovo certificato del dottor _____ non ha apportato nuovi elementi a favore di una compromissione più elevata della capacità lavorativa della ricorrente, in tutte le attività, rispetto a quanto il perito ha obiettivato e nemmeno ha individuato delle nuove diagnosi. Quanto al rapporto del 26 luglio 2023, va rilevato che il curante ha in particolare ricordato come i reumatologi che hanno visitato in passato l'assicurata hanno evidenziato che il problema ortopedico-reumatologico era fortemente connesso a una componente psichica (disturbo somatoforme), perciò non era corretto scindere e valutare separatamente questa patologia. Su questa osservazione già si è detto in precedenza che la perizia psichiatrica ha tenuto in considerazione l'aspetto somatico, perciò non v'è alcunché da rimproverare al dr. _____. In merito all'affermazione del dr. med. _____ " Penso che il problema di salute della signora RI 1 e la relativa perdita di guadagno vada quantificato (40-50%), visto che dal profilo medico-psichiatrico, pur dimostrando la paziente la volontà di esserci (_____), l'accertamento professionale non è attuale per il peggioramento dell'equilibrio psichico della stessa " (doc. D pag. 2), la stessa non è d'aiuto alla ricorrente siccome non può essere condivisa. Dal test che il perito psichiatra ha eseguito (Mini ICF-APP) non è infatti risultato un quadro molto compromesso ma, anzi, le disabilità e quindi i deficit riscontrati erano sostanzialmente di poco conto. Non va poi dimenticato che per un ventennio la ricorrente ha convissuto con queste patologie psichiatriche, riuscendo sempre e comunque a portare avanti la sua attività di estetista con successo e gratificazione. Certo, anche il dr. med. _____ ha riconosciuto che dal 2018, con l'esordio dei problemi agli epicondili, l'equilibrio psichico che si era instaurato nei decenni precedenti è stato scombuscolato, l'assicurata non è riuscita ad adattarsi ai cambiamenti fisici e il quadro psichico è peggiorato, tanto che sono apparsi dei limiti funzionali, ma comunque di grado lieve o, semmai, lieve-moderato. Pertanto, giungere a un'inabilità lavorativa del 40-50% - peraltro non è ammissibile riconoscere una forchetta come grado di inabilità lavorativa, essendo troppo vaga come valutazione, ma la stessa deve essere cifrata con un unico dato - riconoscerebbe una situazione a tal punto grave che, invece, il perito non ha riscontrato

durante la sua valutazione. In assenza di validi motivi medici a supporto, non è dunque possibile ammettere tale grado di incapacità lavorativa. Infine, il certificato della dr.ssa med. _____ (doc. C), a cui fa riferimento l'assicurata nel suo ricorso (docc. I punto 8 pag. 5), è già stato sottoposto all'esame sia del Servizio Medico Regionale sia del _____ nel corso della procedura amministrativa e, in quanto tale, come è già stato osservato, non apporta elementi tali da mettere validamente in discussione le conclusioni di entrambi i periti, essendo vago e non contenendo una valutazione sulla capacità lavorativa dell'interessata né in ambito psichico né somatico. 2.11. Da quanto precede la scrivente Corte ritiene pertanto che i referti peritali siano sufficientemente dettagliati per l'evasione della causa e quindi per definire lo stato di salute della ricorrente e la sua capacità lavorativa tanto nella attività abituale di estetista quanto in attività adeguate alle sue condizioni di salute, tenuto conto dei limiti funzionali e delle risorse stabiliti da ciascun esperto nominato dall'Ufficio AI. Dai tre referti medici prodotti dalla ricorrente - già esaminati dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____ in fase amministrativa - non è infatti possibile trarre una conclusione diversa da quella accertata dal dr. _____ e dal perito del _____ e avallata dal Servizio Medico Regionale, i quali, ciascuno nel suo specifico ambito di competenza, si sono pronunciati sullo stato di salute della ricorrente argomentando chiaramente e in modo convincente le loro valutazioni. L'intera documentazione agli atti è dunque stata attentamente analizzata e valutata da persone esperte in materia, le quali hanno tratto delle conclusioni affidabili, solide e condivisibili. Non è dunque necessario procedere a ulteriori accertamenti medici e neppure fare erigere una nuova perizia, neppure a livello giudiziario, così come richiesto dall'insorgente. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). L'operato dell'amministrazione deve pertanto essere condiviso e confermato, così come i periodi e i gradi di inabilità lavorativa stabiliti dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto finale del 6 marzo 2024. Di conseguenza, per la riconosciuta patologia ai gomiti, la capacità lavorativa della ricorrente come estetista va stabilita nel 20% dal 10 settembre 2018, nel 50% dal 10 giugno 2019, nel 40% dal 1° ottobre 2019 e nuovamente nel 20% dal 1° gennaio 2020 in poi (inabilità lavorativa dell'80%). In altre attività adeguate, che rispettino i limiti funzionali individuati dal dr. med. _____, oltre a un carico massimo di 5 kg indicato dal medico SMR, la capacità lavorativa residua dell'assicurata è del 20% dal 10 settembre 2018, del 50% dal 27 marzo 2019, del 75% dal 13 maggio 2019, del 100% dall'11 giugno 2019 e del 70% dal 12 luglio 2023 (inabilità lavorativa del 30%). 2.12. Per quanto concerne l'aspetto economico, e meglio l'incidenza del danno alla salute sulla capacità lavorativa residua della ricorrente, quest'ultima ha contestato il calcolo alla base del rifiuto delle prestazioni, nella misura in cui ha applicato una riduzione della capacità lavorativa residua, dal profilo medico, del

40%, a cui ha aggiunto un'ulteriore riduzione, per fattori socio-personali, del 5%. Con questi parametri di calcolo, l'assicurata è giunta a un grado di invalidità del 52,63% dal 1° gennaio 2024 (reddito da valida di Fr. 51'166,08 e reddito da invalida di Fr. 24'236,56). La ricorrente ha sostenuto che " Anche nella denegata ipotesi in cui si dovesse comunque considerare un'incapacità lavorativa medico teorica del 30%, come erroneamente fatto dall'Ufficio AI nella decisione impugnata, la ricorrente avrebbe pure sempre diritto ad una rendita di invalidità. ", stante un grado AI del 42,10% (reddito da invalida pari a Fr. 29'622,47). Posto che per motivi medici l'inabilità lavorativa dell'assicurata deve invece, come concluso al considerando precedente, essere ridotta del 30% dal 12 luglio 2023, quand'anche si volesse, per pura ipotesi di lavoro, considerare anche la riduzione del 5% per motivi personali proposta dall'insorgente, non si giungerebbe comunque a un grado di invalidità pensionabile. Dal luglio 2023 il grado AI è stato infatti stabilito dall'Ufficio assicurazione invalidità nel 26,32% e dal 1° gennaio 2024, in virtù del nuovo art. 26bis cpv. 3 OAI, nel 33,68%, partendo dai redditi da valida e da invalida ritenuti pure dalla ricorrente nei suoi calcoli e considerando il dato statistico del reddito da invalida ridotto del 30% per motivi medici. Nessuna deduzione è stata invece applicata dall'amministrazione per fattori personali per la determinazione del diritto dell'assicurata per gli anni 2023 e 2024. Pertanto, senza che occorra analizzare più approfonditamente questa censura, anche volendo adottare un'ulteriore riduzione del 5% dal reddito statistico da invalida per i motivi personali invocati dall'insorgente, non si giungerebbe comunque a un grado di invalidità minimo del 40%, necessario per avere diritto a una rendita di invalidità secondo l'art. 28b LAI. Infatti, per l'anno 2023 occorre paragonare il reddito da valida di Fr. 51'166,08 stabilito dall'Ufficio AI al reddito statistico mediano da invalida per attività semplici di tipo fisico o manuale di Fr. 53'859,03 determinato sulla base dei dati RSS 2020 aggiornati al 2022, preso al 70% stante la capacità lavorativa residua ridotta del 30% per problemi psichici (Fr. 37'701,32) e ritenuta poi la riduzione del 5% (Fr. 35'815,95), per ottenere un grado di invalidità del 30% ([Fr. 51'166,08 - Fr. 35'815,95] : Fr. 51'166,08 x 100). Per l'anno 2024, tenuto conto dell'ulteriore riduzione del 10% del reddito statistico da invalida prevista dal nuovo art. 26bis cpv. 3 OAI stante una capacità lavorativa residua sempre del 70% (Fr. 37'701,32 - 10% = Fr. 33'931,19) e della riduzione del 5% richiesta dalla ricorrente per fattori personali (Fr. 33'931,19 - 5% = Fr. 32'234,63), si ottiene una perdita di guadagno del 37% (Fr. 51'166,08 - Fr. 32'234,63] : Fr. 51'166,08 x 100). 2.13. Da quanto precede discende che deve essere respinta la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di attribuirle una rendita di invalidità con grado AI del 42,10% o del 52,63%. La decisione dell'Ufficio assicurazione invalidità di rifiuto delle prestazioni deve invece essere confermata. 2.14. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola, pubblica. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Le spese sono addebitate all'insorgente, poiché è soccombente.

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