

# TI\_GERICHTE 32.2024.70 vom 30. August 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-08-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.70](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.70)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.70 du 30 août 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.70 del 30 agosto 2024

## Erwägungen

### E. 1

e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022. ” Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l’asserita invalidità e l’eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l’eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. Nel caso in esame, nel dicembre 2017 la ricorrente ha inoltrato la seconda domanda di prestazioni (cfr. consid. 1.3), oggetto del presente ricorso. L’eventuale diritto alla rendita sarebbe sorto al più presto nel luglio 2018, sei mesi dopo la succitata richiesta di prestazioni (art. 29 cpv. 1 LAI). Vanno pertanto applicate le norme in vigore fino al 31 dicembre 2021, sebbene la decisione qui impugnata sia stata emanata dopo il mese di gennaio 2022. 2.2. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell’invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità (Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, 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 LPGGA). L’incapacità al guadagno è definita all’art. 7 LPGGA 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 LPGGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d’invalidità di cui all’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è

invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.3. Nel caso in esame dopo la STCA 32.2020.149 del 21 settembre 2021 l'Ufficio AI ha nuovamente incaricato il \_\_\_\_\_ di eseguire una perizia pluridisciplinare in ambito reumatologico (dr. med. \_\_\_\_\_) psichiatrico (dr. med. \_\_\_\_\_) ed internistico (dr. med. \_\_\_\_\_). Dal relativo rapporto 14 giugno 2023 risulta che i periti, tenuto conto delle precedenti perizie, visitata l'assicurata, dopo aver proceduto al consueto riassunto degli atti, esposta l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), elencati i disturbi soggettivi, le affezioni attuali, riportata la descrizione della giornata e le constatazioni obiettive, fondandosi su un'esauriente discussione tra di loro, hanno posto le seguenti diagnosi: "(...)

4.3 Diagnosi rilevanti con breve esposizione delle limitazioni funzionali emerse dai reperti. senza ripercussioni sulla capacità lavorativa

4.3.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa Periartrite omeroscapolare a ds., in: - esiti da tenotomia, tenodesi del capolungo del bicipite, ricostruzione del tendine sovraspinato e decompressione sottoacromiale, il 10.9.2012. - esiti da intervento di ricostruzione del sovraspinato, decompressione sottoacromiale per recidiva di rottura della cuffia rotatoria, il 26.2.2025. Sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4). Sindrome mista ansioso depressiva (F41.2).

4.3.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Sindrome lombovertebrale cronica, in: - note alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare, - disturbi statici del rachide (appiattimento della colonna dorsale, accentuazione della lordosi lombare, scoliosi sinistro-convessa dorsale, destro-convessa lombare), - decondizionamento e sbilancio muscolare. - tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli. Stato dopo colecistectomia laparoscopica per colecistolitiasi nel 1997-1998. Tabagismo cronico. Psoriasi volgare cutaneo. (...)" (inc. AI pag. 992) In merito alle ripercussioni funzionali dei reperti/delle diagnosi i periti, dopo discussione, hanno rilevato: "(...) 4.3.3 Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi L'A.

presenza le capacità, le risorse ed i problemi seguenti ella può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'A. può molto spesso sollevare pesi fino a 1 kg sopra l'altezza del petto con la mano sin., talvolta tra 2-5 kg sopra l'altezza del petto con la mano sin., mai pesi oltrepassanti 5 kg sopra l'altezza del petto. L'A. può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è normale. L'A. può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, può talvolta effettuare la rotazione del tronco, può molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può molto spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'A. può talvolta assumere la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'A. può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, talvolta camminare su terreno accidentato, può molto spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli. (...)" (inc. AI pag. 993) Riguardo agli aspetti della personalità, hanno precisato: " (...) 4.4 Discussioni di aspetti della personalità Per lo psichiatra in occasione dell'attuale perizia si conferma quanto già appurato nelle precedenti valutazioni: le scarse risorse di mentalizzazione dell'A. e uno stile comportamentale passivo/rivendicativo, ostacolano la capacità di elaborare e superare quanto accaduto, favorendo lo sviluppo e il perpetrarsi del processo di somatizzazione. Lo stile comunicativo della perizianda, che è influenzato dal noto tratto caratteriale istrionico, giustifica l'enfasi che ella pone soggettivamente sui propri limiti, in assenza di una volontà calcolata di amplificazione o di simulazione. (...)" (inc. AI pag. 993) Sui fattori di stress e di risorse gli specialisti hanno rilevato: " (...) 4.5 Discussione di fattori di stress e risorse Per lo psichiatra l'A. mantiene buone risorse oggettive, elencate nella valutazione funzionale. Le algie croniche unite e preoccupazioni sociale ed economiche sono fattori di stress già evidenziati anche nei ricoveri. L'A. mantiene una buona rete sociale e familiare quale risorsa. (...)" (inc. AI pag. 993). Riguardo alle incapacità lavorativa, i periti hanno concluso: " (...) 4.6 Motivazione della capacità lavorativa complessiva. Nell'ultima attività svolta l'incapacità lavorativa per motivi reumatologici (del 20%) e per motivi psichiatrici (del 20%) si sommano in minima parte in quanto entrambe considerano una sindrome del dolore cronico. Pertanto si conferma quanto stabilito nella precedente perizia \_\_\_\_\_ del 27.4.2020 di una capacità lavorativa del 70% in attività svolta. In attività adatta l'A. presenta inabilità lavorativa unicamente dal lato psichiatrico con inabilità lavorativa del 20% (riduzione del rendimento). Anche in attività adatta si conferma la valutazione \_\_\_\_\_ precedente del 27.4.2020 con capacità lavorativa dell'80% in attività adatta dal 12.12.2019 in poi. Fa eccezione il periodo di degenza a \_\_\_\_\_ dal 25.1 al 08.3.2021. Pertanto viene integralmente confermato quanto statuito nella precedente perizia \_\_\_\_\_ del 2020 con capacità lavorativa del 70% in attività svolta e capacità lavorativa dell'80% in attività adatta dal 12.12.2019. (...)" (inc AI pagg. 993-994) A seguito delle osservazioni del 27 ottobre 2023 dell'assicurata, con annotazioni del 31 ottobre 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR ha avallato la perizia pluridisciplinare (pag. 120). Con il ricorso l'assicurata, fondandosi sulla documentazione da lei prodotta, contesta la valutazione pluridisciplinare del \_\_\_\_\_, ritenendo data un'inabilità globale del 60%. 2.4. 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.

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29

settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. 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 da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita

AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). Nella STF 8C\_104/2024 del 22 ottobre 2024 l'Alta Corte ha modificato la prassi vigente per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di obesità (forte sovrappeso). Secondo la vecchia giurisprudenza – basata sul convincimento che l'obesità potesse essere superata con la sola forza di volontà – il diritto ad una rendita d'invalidità era di principio escluso se l'obesità era trattabile, a meno che l'obesità fosse causa di seri danni alla salute o se insorgeva quale loro conseguenza. Con la recente pronuncia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per considerare l'obesità in modo diverso dalle altre affezioni e che il solo fatto che essa possa in linea di principio essere trattata non esclude il diritto ad una rendita. Conseguentemente, la Massima Istanza ha sancito che anche l'accertamento del diritto ad una rendita in caso di obesità va effettuato tenuto conto del singolo caso e nel quadro di una procedura probatoria strutturata che determini in che misura l'affezione influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di ridurre il danno (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 2024).

2.6. Ritornando al caso in esame, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato dal \_\_\_\_\_, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 14 giugno 2023 poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al consid. 2.4. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti.

2.6.1. Nell'ambito della perizia del \_\_\_\_\_, dal punto di vista psichiatrico l'assicurata è stata valutata dal dr. med. \_\_\_\_\_. Nel suo rapporto del 10 agosto 2022 (inc. AI pagg. 1046-1072) lo specialista in psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato l'assicurata ha proceduto al consueto elenco degli atti, all'anamnesi, alle costatazioni obbiettive. In particolare, egli ha rilevato: " (...) L'assicurata non presenta familiarità per disturbi psichiatrici, non sono ravvisabili traumi psichici durante l'età evolutiva e la vita adulta e non sono documentati antecedenti psichiatrici prima dell'infortunio. A decorrere da dicembre 1994 l'assicurata viene assunta dalla ditta di pulizie \_\_\_\_\_ inizialmente solo per delle ore serali mentre, a decorrere dall'1.4.2000, ottiene un contratto al 100%. Ricorda di essere stata sempre una grande lavoratrice, riuscendo a conciliare l'impiego a tempo pieno con l'impegno di madre e moglie. Dopo l'evento traumatico, subito in data

2.12.2011 (trauma distrattivo e distorsivo della spalla ds. nonché trauma distorsivo della caviglia e del piede destri) però, l'assicurata non è più riuscita a riprendere l'attività sino ad allora svolta e a decorrere dal 31.1.2012, il contratto di lavoro è stato sciolto. L'adattamento alle limitazioni fisiche è stato disfunzionale nel corso degli anni, con sviluppo progressivo di una sindrome somatoforme e di una sindrome da disadattamento, poi cronicizzatasi quale sindrome mista ansioso depressiva. La sofferenza psichica ha portato la signora a chiedere aiuto a uno psichiatra a partire dal 2016. La condizione di disadattamento, secondaria alle algie croniche, è confermata agli atti anche nei diversi ricoveri, salvo l'ultimo a \_\_\_\_\_ che sembrerebbe essersi allineato alla diagnosi di depressione maggiore formulata dallo psichiatra curante Dr. \_\_\_\_\_. (...)” (inc. AI pag. 1067) Per quel che concerne la valutazione della coerenza e della plausibilità il perito ha evidenziato (sottolineature del redattore): " (...) Non ci sono particolari incoerenze da segnalare rispetto all'assicurata. Anche dai test non emerge una tendenza sistematica ad amplificare o simulare una qualche forma di psicopatologia. Il tratto caratteriale istrionico, che era stato osservato in occasione della prima perizia \_\_\_\_\_ del 2014 e che può essere confermato dal perito, influenza sicuramente di stile comunicativo della signora ma, anche alla luce dei testi effettuati, esso non raggiunge l'intensità e la pervasività che sono necessarie per formulare la diagnosi di un vero e proprio disturbo della personalità. Dalla testistica, d'altra parte, emerge coerentemente con quanto è osservabile durante i colloqui clinici e soprattutto nelle molteplici affermazioni dell'assicurata circa il suo nervosismo: preoccupazione, sensazione di stress, apprensione e ansia. Il tutto è coerente con la diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva precedentemente formulata dal Dr. \_\_\_\_\_. Anche la terapia psichiatrica antidepressiva, sostanzialmente stabile da anni e l'esito dei ricoveri ospedalieri sono coerenti con questa diagnosi. Si precisa che i ricoveri in psichiatria sono sempre stati pianificati in dei periodi molto sensibili dell'iter assicurativo della perizianda. Ciò nonostante, l'obiettività del comportamento dell'assicurata durante l'ultima degenza a \_\_\_\_\_ non depone per un disturbo depressivo maggiore di media gravità il quale, in ogni caso, sarebbe stato giudicato migliorato dopo la fase transitoria del ricovero . (...)” (inc. AI pagg. 1068-1069) In merito alla diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, il perito, allineandosi alle precedenti valutazioni psichiatriche, ha evidenziato (sottolineature del redattore): " (...) Una prima diagnosi confermabile, alla luce di lamentele algiche persistenti, non obiettivamente e non completamente spiegabili da alterazioni organiche, è quella di: - F45.4 Sindrome somatoforme da dolore persistente. In occasione dell'attuale perizia si conferma quanto già appurato nelle precedenti valutazioni: le scarse risorse di mentalizzazione della signora o uno stile comportamentale passivo/rivendicativo, ostacolano la capacità di elaborare e superare quanto è accaduto, favorendo lo sviluppo e il perpetrarsi del processo di somatizzazione. Lo stile comunicativo della perizianda, che è influenzato dal noto tratto caratteriale istrionico, giustifica l'enfasi che ella pone soggettivamente sui propri limiti, in assenza di una volontà calcolata di amplificazione o di simulazione. Lo scarso adattamento alla condizione algica cronica, la percezione di danno permanente, la rabbia per quanto accaduto, la percezione di perdita di ruolo e di risorse individuali, causano e mantengono la diagnosi seguente: - F41.2 Sindrome mista ansioso depressiva. La lieve flessione del tono dell'umore, frammista a un'elevazione delle quote di ansia, con preoccupazioni generali per il proprio futuro, legittima la suddetta diagnosi con andamento cronico, che è l'evoluzione di una primaria sindrome da disadattamento. Non ci sono degli elementi convincenti di alcun genere, nè nelle dichiarazioni della perizianda, nè nell'obiettività clinica osservata, nè nei testi, nè nelle terapie proposte nel

corso degli anni, né nei dati oggettivi presenti agli atti, per sostenere la presenza di una depressione maggiore. La condizione diagnostica e funzionale attuale è quindi del tutto sovrapponibile a quello che aveva osservato il Dr. \_\_\_\_\_ . (...)” (inc. AI pag. 1066) Pertanto, contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, il perito si è confrontato con la diagnosi di sindrome ansioso -depressiva di entità medio grave posta dallo psichiatra curante dr. med. \_\_\_\_\_. Inoltre, per la sua valutazione il perito si è fondato anche su un test psicologico eseguito il 22 luglio 2022. Certo, in occasione dell’ultimo ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ (25 gennaio - 8 marzo 2021) all’assicurata è stata diagnosticata una sindrome depressiva ricorrente, in attuale episodio di grado medio (ICD-10 F33.1). A tal riguardo il perito ha comunque pertinentemente evidenziato che: " (...) Tuttavia, l’ultimo ricovero a \_\_\_\_\_ non è per nulla convincente rispetto a questa diagnosi, perché contiene delle incongruenze macroscopiche, che vengono date per scontate in modo acritico. A titolo esemplificativo: - Si afferma che l’assicurata non era precedentemente nota alla struttura, mentre era abbondantemente conosciuta da un precedente ricovero del 2018. - Si descrive il fatto che la signora abbia sviluppato una forte conflittualità con alcuni altri pazienti, e in particolare con la compagna di stanza, poiché non tollerava il disordine, la sua scarsa igiene personale e dell’ambiente. In caso di depressione maggiore, che abbia un impatto significativo sul funzionamento individuale, non ci si aspetta una simile attenzione per questi aspetti, poiché di solito è già compromessa la cura di sé stessi e vi è ancor meno attenzione a ciò che riguarda gli altri. - Suggestivo inoltre, che l’assicurata si sia lamentata abbondantemente, sia per questo fatto, ottenendo il cambio di stanza, sia per il cibo, che non era conforme ai suoi gusti alimentari, denotando un alto livello di capacità assertiva, che non è presente nelle depressioni importanti, le quali sono contraddistinte semmai da un’estrema remissività. - Ancora, non è stato fatto alcun significativo cambiamento a livello di antidepressivo, aggiungendo il Gabapentin che, a questo dosaggio, ha una chiara indicazione per contenere l’ansia, mentre non ha l’indicazione per la cura della depressione. - Non vanno infine trascurati gli aspetti socio economici che vengono citati nel rapporto. - Infine, bisogna tenere conto; dei miglioramenti ottenuti grazie alla delega delle controversie, del miglioramento del sonno, del miglioramento comunicativo, della stabilizzazione dell’umore e del fatto che la perizianda sia stata dimessa in una condizione di buon compenso psichico. (...)” (inc. AI pagg. 1067-1068) Va poi ricordato che secondo la giurisprudenza federale, per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Per questi motivi, le differenze diagnostiche non sono rilevanti. Determinate sono invece le conseguenze sulla capacità lavorativa provocate dall’affezione psichiatrica, valutazione operata nel presente caso dal perito nel rispetto della procedura probatoria strutturata secondo gli indicatori (cfr. consid. 2.5). Infine, per quel che concerne la valutazione della capacità lavorativa, le risorse e le problematiche, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto: " (...) La condizione psicopatologica è del tutto sovrapponibile a quanto aveva già rilevato il Dr. \_\_\_\_\_. Non ci sono delle differenze da segnalare. Sebbene ansia e depressione siano di lieve entità, configurando una sindrome mista con andamento cronico, mi sembra ragionevole riconoscere comunque un limite del funzionamento lavorativo, nella misura globale del

20% per ogni attività, inteso come calo del rendimento . La lieve sindrome ansioso depressiva si inserisce infatti su un problema di dolore somatoforme, così che le due condizioni interagiscono tra loro e provocano una riduzione parziale della capacità di tenuta della signora. A livello funzionale, in base all'obiettività osservata in sede peritale, la perizianda non presenta alcuna disabilità per ciò che concerne: rispetto delle regole, competenze, relazioni intime, assertività, cura del sè e dei propri spazi, mobilità, attività spontanee, capacità di giudizio, contatto con gli altri e integrazione nel gruppo. Una lieve disabilità si può ammettere invece per ciò che concerne: l'organizzazione dei compiti, con una lieve tendenza alla passività, la flessibilità, con fatica ad adattarsi ai cambiamenti di routine, la persistenza, con necessità di pause aggiuntive a causa del disturbo emozionale e dei dolori cronici non oggettivabili (le ripercussioni dei dolori che sono spiegabili su base organica vengono invece quantificate dal perito della specialità competente). (...)” (inc. Al pag. 1069) L'assicurata stigmatizza il fatto che il perito l'abbia vista solo in due occasioni, ossia, come si evince dalla perizia, il 21 luglio 2022 dalle 10:03 alle 11:06 ed il 9 agosto 2022 dalle 14:32 alle 15:01. Al riguardo va ricordato che il Tribunale federale ha già più volte ricordato che il tempo impiegato per una visita psichiatrica deve essere adeguato all'interrogativo e alla psicopatologia da valutare (STF 44/2017 del 9 maggio 2017, consid. 4.3., pubblicata in SVR 10/2017 IV nr. 75; 8C\_47/2016 del 15 marzo 2016, consid. 3.2.2., pubblicata in SVR 2016 IV nr. 35 con riferimenti) e che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (STF 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, STF I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). Nel caso concreto, lo specialista ha avuto a disposizione l'intera documentazione medica contenuta nell'inserto, inclusi i rapporti dello psichiatra curante, allestendo quindi un rapporto peritale comprendente una diffusa anamnesi e descrizione dello status psichiatrico, dei dati soggettivi, delle constatazioni obiettive, delle diagnosi come pure delle conseguenze sulla capacità lavorativa. La critica della ricorrente relativa alla durata della visita medica, non modifica quindi la portata probatoria della valutazione specialistica. Certo, la valutazione dello psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_, che ha in cura l'assicurata dal 2016, diverge da quella dei periti dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_, specialisti in psichiatria e psicoterapia. Va qui rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010). Il giudice deve inoltre tenere conto del fatto 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, a suo favore ( STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, 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). Inoltre, come visto, il perito dr. med. \_\_\_\_\_, confermando la precedente valutazione del suo collega dr. med. \_\_\_\_\_, ha convincentemente spiegato i motivi per cui si è distanziato dalla valutazione dello psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ritiene come il suo paziente sia affetto da una sindrome depressiva di media gravità. 2.6.2. Dal punto di vista somatico, l'assicurata è stata peritata in ambito internistico e reumatologico. Nel rapporto 14 giugno 2023 la dr. med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, ha ritenuto l'assicurata totalmente abile al lavoro (cfr. pagg. 980 e 981). La ricorrente è stata poi peritata dal dr. med. \_\_\_\_\_. Nel rapporto 30 giugno 2022 (pagg. 1022-1045) lo specialista in reumatologia, dopo aver riportato il riassunto degli atti, riferite le anamnesi, descritto lo status neurologico, preso visione della documentazione radiologica, poste le diagnosi reumatologiche di cui al consid. 2.3, elencati i limiti funzionali, confermando le precedenti perizie ha ritenuto l'assicurata inabile al 20% nell'originaria attività di ausiliaria delle pulizie, ma abile al 100% in attività adeguate (pagg. 1044 e 1045). La valutazione del \_\_\_\_\_ non è stata del resto smentita dalla copiosa documentazione medica successiva alle visite peritali, l'ultima risalente al 9 agosto 2022, allegata al ricorso. A tal riguardo va fatto riferimento alle dettagliate e convincenti annotazioni 7 novembre 2024 dei medici SMR dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (per gli aspetti internistici) e dr. med. \_\_\_\_\_ (per quelli di natura psichiatrica). Vagliando i nuovi atti medici, i suddetti sanitari hanno concluso: " (...) 1) Non sono state presentate delle nuove diagnosi con un'influenza superiore ai tre mesi sulla capacità lavorativa sino ad ora attestata; 2) Il Dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 1° ottobre 2024, ha presentato un diverso apprezzamento del quadro clinico debitamente analizzato dal perito psichiatra Dr. med. \_\_\_\_\_. Per il restante, si rinvia alla presa di posizione di cui al complemento peritale del 4 luglio 2024; 3) I reperti clinici e radiologici in questa sede prodotti non sono idonei a dimostrare resistenza di limiti funzionali nello svolgimento di attività adeguate non considerati dai periti nella perizia \_\_\_\_\_ del 14 giugno 2023; 4) La completa inattività dell'A, con mancata sottoposizione agli accertamenti suggeriti dal Dr. \_\_\_\_\_ in data 23.05.2024 e consistenti in un'artrosopia e biopsia articolare, in assenza della documentazione relativa alle visite effettuate oltralpe (\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) nota allo stesso Dr. \_\_\_\_\_ per escludere o meno una low grade infection che potrebbe spiegare la mancata cicatrizzazione e i dolori attualmente ancora presenti, appare alquanto singolare. La stessa A, in data 26.06.2024, avendo appuntamento per l'esecuzione della RMN nativa spalla Ds contestualmente passa in PS per una valutazione del piede destro al quale si era procurata una lesione cutanea dopo aver rimosso un durone ed applicato polvere di salicilato. In tale occasione l'A appare oltremodo attiva nella cura della sua persona mentre non risulta dagli atti un analogo comportamento nei confronti dell'affezione alla spalla ben più severa. 5) A nostro avviso appare prudentiale la posizione del Dr. \_\_\_\_\_ del 09.10.2024 che non si auspica un terzo tentativo di ricostruzione diretto ma bensì la possibilità di effettuare delle biopsie con la possibilità di cercare di asportare il materiale (ancore) e di analizzare sotto il profilo batteriologico, attraverso la sanificazione sia il tessuto peri tendineo con esame culturale. " (doc. VI/1) Infine, i rapporti 20 novembre 2024 del Pronto soccorso oftalmologico dell'Ospedale \_\_\_\_\_ e quello datato 22 novembre 2024 dell'\_\_\_\_\_, prodotti il 4 dicembre 2024, non apportano nuovi elementi che possano mettere in dubbio la succitata valutazione della capacità lavorativa. Entrambi i rapporti concernono il distacco posteriore del corpo vitreo all'occhio destro occorso il 20 ottobre 2024, quindi dopo l'emanazione della decisione impugnata (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai

fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata: DTF 144 V 210 consid. 4.3.1, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii). Non è stata per altro attestata alcuna conseguenza sulla capacità lavorativa. Del resto, anche volendo ipotizzare una perdita del visus all'occhio destro, va ricordato che, secondo giurisprudenza, gli assicurati che lamentano la perdita dell'acuità visiva di un occhio sono in grado di attendere alla maggior parte della attività professionali, escluse quelle che richiedono una visione binoculare (STF I 222/06 del 10 luglio 2007 consid. 3 con riferimento a RAMI 1986 no. U 3 pag. 258 consid. 2b pag. 260 seg). Va poi ricordato che secondo l'esperienza medica, l'handicap risultante dalla perdita dell'acuità visiva di un occhio viene generalmente corretto in larga misura grazie all'assuefazione e all'adattamento dell'interessato e che solo raramente causa una diminuzione, peraltro minima, della capacità di guadagno. In circostanze normali e a condizione che l'assicurato dia prova della buona volontà da lui esigibile, l'adattamento alla situazione monoculare avviene in un periodo di tempo che, a seconda dell'età dell'infortunato, può variare da sei mesi a due anni al massimo (cfr., ad esempio, RAMI 1986 U3, pag. 258ss.). Tale giurisprudenza è limitata a quelle attività che non richiedono esigenze visive elevate o una vista stereoscopica piena e non implicano la permanenza in situazioni esposte come tetti o ponteggi, l'utilizzazione di veicoli pericolosi o l'esecuzione di movimenti di precisione (STFA 27.07.1999 in re M. D. c. INSAI consid. 3b). 2.6.3. Da ultimo, in merito alla capacità lavorativa complessiva, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag.485). Nel caso concreto, nella perizia 14 giugno 2023 i periti del SAM hanno ritenuto che “ nell'ultima attività svolta l'incapacità lavorativa per motivi reumatologici (del 20%) e per motivi psichiatrici (del 20%) si sommano in minima parte in quanto entrambe considerano una sindrome del dolore somatoforme” , per concludere che “pertanto viene integralmente confermato quanto statuito nella precedenza perizia \_\_\_\_\_ dell'aprile 2020 con capacità lavorativa del 70% in attività svolta dal 12.12.2019 e capacità lavorativa dell'80% in attività adatta dal 12.12. 2019 in poi. Fa eccezione il periodo di degenza a \_\_\_\_\_” (pag. 996)”. 2.6.4. In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del \_\_\_\_\_ datata 14 giugno 2023, del complemento peritale dell'8 luglio 2024 e della valutazione SMR del 7 novembre 2024, ai quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.4), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurata risulta abile al 70% nella propria attività ed all'80% in attività adeguate dal 12 dicembre 2019, ad eccezione di una totale inabilità lavorativa durante la degenza dal 25 gennaio all'8 aprile 2021 presso la

Clinica \_\_\_\_\_. 2.7. Con scritto 25 novembre 2024 l'assicurata, facendo riferimento all'allegata lettera 18 novembre 2024 dello psichiatra curante, ritiene necessario " un passaggio in un centro specializzato per reintegrazione tipo \_\_\_\_\_, al fine di stabilire una volta per tutte le sue reali capacità lavorative". Il "passaggio" presso un centro professionale non è necessario. Difatti, nei rapporti 30 luglio 2020 e 12 febbraio 2024 le consulenti in integrazione professionale, tenuto conto delle limitazioni funzionali, hanno ritenuto esigibili diverse attività leggere che non necessitano di una specifica formazione (doc. 163 e 244). Al riguardo va ricordato che il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3). 2.8. Per quel che concerne la valutazione economica, rimasta incontestata, va fatto riferimento alla decisione impugnata, come pure alle tabelle di calcolo (docc. 246- 254). Ritenuto che dal 1° giugno 2016 e nel 2017 il grado d'invalidità era del 7%, nel 2018 e 2019 del 13%, dal 2020 al 2023 del 16% e dal 1° gennaio 2024 del 18% (cfr. consid. 1.5), la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico della ricorrente.

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