

TI_GERICHTE 32.2024.84 vom 17. März 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-03-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.84

FR: TI_GERICHTE 32.2024.84 du 17 mars 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2024.84 del 17 marzo 2025

Erwägungen

E. 17

marzo 2025

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Manuel Piazza, cancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 4 novembre 2024 di

RI 1

contro

la decisione del 1. ottobre 2024 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

1.2. Il

E. 21

febbraio 2022 l'Ufficio AI ha quindi avviato d'ufficio la procedura di revisione del caso.

Nel corso della suddetta procedura l'Ufficio AI ha ricevuto da parte di ciascuno dei due medici curanti della ricorrente un rapporto, attestanti il primo un'incapacità lavorativa parziale (doc. 45 incarto AI, p.to 3.1) e il secondo totale (doc. 47 incarto AI, p.to 1.3). Il SMR ha quindi ritenuto opportuno sottoporre la ricorrente a una perizia pluridisciplinare. Dopo ulteriori due rapporti sull'evoluzione dello stato di salute della ricorrente da parte dei suoi medici curanti (docc. 58 e 60 incarto AI), attestanti sostanzialmente una situazione invariata, il _____ ha reso il proprio referto il 22 dicembre 2023. Nella valutazione peritale oncologica del 9 maggio 2023 allegata alla perizia del _____ il dr. med. _____, specialista FMH in oncologia e medicina interna, una volta riassunti gli atti di

pertinenza oncologica messi a sua disposizione (in particolare i certificati medici dal 2019 in poi), ha esposto l'anamnesi, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali e la descrizione di una giornata della ricorrente. Il perito ha poi esaminato lo status della ricorrente e lo ha valutato dal punto di vista medico. Egli ha posto la seguente diagnosi (di pertinenza oncologica) con influenza sulla capacità lavorativa:

Il perito ha poi rilevato che i disturbi e i deficit funzionali fatti valere potevano essere spiegati con la chirurgia realizzata e l'endocrinoterapia in corso e si è pronunciato sulle capacità e sulle risorse della ricorrente. Precisando che l'attività lavorativa potrebbe migliorare alla conclusione dell'endocrinoterapia, le ha così descritte:

A detta del perito questi limiti funzionali giustificavano, a livello medico teorico, un calo del rendimento nella misura del 50% nell'attività lavorativa abituale e del 30% in qualsiasi attività adeguata a partire dall'inizio del 2023 (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale oncologica, p.to 8.4 pag. 31).

Nella valutazione peritale psichiatrica del 23 maggio 2023, sempre allegata alla perizia del _____, il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, una volta riassunti gli atti messi a sua disposizione (in particolare i certificati medici dal 2019 in poi), ha esposto l'anamnesi, i disturbi soggettivi attuali riferiti dall'assicurata e la descrizione della giornata di quest'ultima. Il perito ha poi esaminato lo status della ricorrente e lo ha valutato dal punto di vista medico. Egli ha posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: ■sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10; F42.1)■ (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 6.1). Il perito ha poi valutato capacità, risorse e problemi della ricorrente e ritenuto una lieve interferenza sulle capacità lavorative, quantificabile nell'ordine del 20%, a partire dal mese di aprile 2021 (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.ti 7.2 pag. 16 e 7.4).

Dal punto di vista internistico e reumatologico non erano invece emerse patologie che incidevano sulla capacità lavorativa.

Nella valutazione globale interdisciplinare contenuta nella perizia del _____ i quattro periti sono quindi arrivati alla seguente conclusione:

Secondo i periti ■per ciò che concerne la patologia oncologica si può considerare che il cambiamento sia avvenuto dall'inizio del 2023 con la stabilizzazione della situazione oncologica a distanza ormai di 2 anni e mezzo dal termine delle cure■ (doc. 70 incarto AI, pag. 55 p.to 4.11).

Il SMR ha fatto propria questa perizia nel rapporto finale del 2 gennaio 2024, allineandosi alle conclusioni a cui i periti erano giunti (doc. 72 incarto AI, p.to 3.3); nel rapporto del 7 febbraio 2024 il consulente AI non ha ritenuto esservi i presupposti per attuare dei provvedimenti professionali per migliorare la capacità di guadagno della ricorrente (doc. 79 incarto AI, pag. 4); e nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 9 aprile 2024 il consulente IAS ha concluso per un impedimento del 31.20% nell'attività di casalinga (doc. 80 incarto AI, p.to 5.5). Con progetto di decisione del 15 aprile 2024 l'Ufficio AI ha quindi prospettato alla ricorrente di sopprimerne la rendita dalla fine del mese che avrebbe seguito l'intimazione della decisione, avendo calcolato un grado d'invalidità del 36% da gennaio 2023 e del 39% da gennaio 2024 (doc. 81 incarto AI, pag. 3 seg.).

Le osservazioni della ricorrente del 7 giugno 2024 al progetto di decisione (doc. 98 incarto AI), corredate del rapporto medico del proprio psichiatra curante del 20 maggio 2024, sono state sottoposte dall'Ufficio AI al SMR, che a sua volta li ha sottoposti al _____. Quest'ultimo, e in particolare il dr. med. _____, con scritto del 27 agosto 2024 ha confermato le conclusioni di cui alla propria perizia del 22 dicembre 2023 (doc. 104 incarto AI, pag. 4). Il SMR, con annotazione del 31 agosto 2024, ha condiviso la valutazione del _____ (doc. 105 incarto AI). Di conseguenza, con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha confermato il progetto di decisione (doc. 106 incarto AI).

2.9. La ricorrente contesta innanzitutto la diagnosi posta dal perito psichiatrico del _____ di sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10: F42.1 [recte: F41.2]), che contrasterebbe con quella posta dal suo psichiatra curante. Secondo quest'ultimo, infatti, se inizialmente si poteva considerare un disturbo disadattivo, ICD-10, F43, in seguito più precisamente disturbo ansioso-depressivo, si deve infine riconoscere un disturbo depressivo, che in considerazione delle peculiarità valutari di altro tipo, ICD-10, F32.8 (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag.3).

Senonché, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671 consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8).

Quanto allora ai disturbi, il perito psichiatrico del _____ ha rilevato che:

Su queste basi, ha così descritto le conseguenze sulla capacità lavorativa:

Egli ha quindi ritenuto che la blanda sintomatologia mostrata, si ripercuota con una lieve interferenza sulle capacità lavorative, quantificabile nell'ordine del 20%, a partire dal mese di aprile 2021 (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 7.2 pag. 16).

Lo psichiatra curante ha invece rilevato che:

Ha poi così descritto le conseguenze sulla capacità lavorativa:

Egli ha quindi concluso che in considerazione di quanto sopra valuto la capacità lavorativa della paziente in una misura massima del 20% (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 3).

Si rileva innanzitutto che l'insorgente non presentava alcun antecedente psichiatrico o affezioni di sorta prima della malattia (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 12: dal profilo psicopatologico l'anamnesi è silente sino al 2019). E neppure vi sono sufficienti elementi che depongono a favore di una patologia psichiatrica ereditaria, le informazioni concernenti gli asseriti disturbi psichici della zia essendo troppo vaghe (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 12). Inoltre, nel formulario per la domanda di rendita datato 6 febbraio 2020 la ricorrente ha indicato quale danno alla salute unicamente l'affezione oncologica (diagnosticata a luglio 2019), sebbene

lo psichiatra curante abbia in seguito osservato la ■slatentizzazione del disagio psichico a seguito della problematica oncologica■ (doc. 146 incarto CM p.to 1.a, sottolineatura del redattore). La presa a carico psichiatrica è poi cominciata solo il successivo 12 aprile 2021 (ibidem, p.to 4.a). Presa a carico ■essenzialmente di tipo supportivo■ (doc. 47 incarto AI, p.to 2.3).

Va anche sottolineato che, nonostante l■insorgere di una reazione ansioso depressiva, la ricorrente ha iniziato una presa a carico specialistica da parte di terapeuti nel 2021 senza la necessità di assumere psicofarmaci (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 12). Poi ■si è proceduto ad incrementare la posologia del supporto antidepressivo sino a 20 mg pro die di Escitalopram gc■ (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 3), senza che sia dato sapere da quando e partendo da quale posologia. La prescrizione è poi stata dimezzata (doc. IV A5, pag. 1), sempre senza che si sappia da quando. Si è quindi passati al di sotto ■del dosaggio antidepressivo minimo efficace■ (doc. VI 2, pag. 1) e ciò, nonostante la diagnosi di un disturbo depressivo di altro tipo (ICD-10: F32.8) effettuata dallo psichiatra curante. La ricorrente ha motivato il dimezzamento, limitandosi ad addurre di non aver sopportato il dosaggio prescritto (doc. VIII, n. 50). Non ha quindi spiegato quali problemi l■assunzione di un farmaco al dosaggio minimo efficace avrebbe indotto e come si concilia questa terapia farmacologica con la diagnosi proposta.

Nell■annotazione del 20 novembre 2024 il SMR ha pertinentemente osservato che ■lo status e i disturbi soggettivi riportati dal curante non sono tuttavia significativamente diversi da quanto certificato nel 2021 e riassunti dallo stesso Dr. _____ nella frase: «La paziente affatica a prendere decisioni e ad intraprendere personalmente dei progetti, vi è un completo evitamento di attività lavorative»■ (doc. VI 2, pag. 1). Disturbi, riguardo ai quali già il perito psichiatrico del _____ aveva precisato che ■dal punto di vista psicopatologico, durante il corso dei due colloqui avuti con l■A., non ho mai avuto l■impressione della presenza di sintomi fittizi e/o di simulazione, ma piuttosto emerge una tendenza ad enfatizzare l■esposizione dei sintomi■ (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 8.4 pag. 21) e che sono comunque stati debitamente considerati (tant■è che lo specialista ha attestato un■inabilità lavorativa, per le sole affezioni psichiche, del 20%), ma non sono stati ritenuti tali da precludere completamente alla ricorrente un■attività lavorativa adeguata ai limiti funzionali. Per il resto il curante delinea una situazione obiettiva che non si appalesa sostanzialmente diversa da quella descritta dal perito ■ a fronte peraltro di una descrizione soggettiva maggiormente pessimistica ■ ma che diverge sostanzialmente nelle conclusioni circa la gravità di tali sintomi patologici e, quindi, le conseguenze sulla capacità lavorativa, senza però che tali divergenze siano accompagnate da motivazioni concrete che permettano di mettere quantomeno in dubbio le conclusioni del perito.

Del resto, nemmeno vengono elencati e sostanziati elementi oggettivi che documentino un peggioramento rilevante delle condizioni della ricorrente intervenuto successivamente al referto del perito e entro la data della decisione contestata. A questo riguardo il perito psichiatrico aveva anche consigliato ■il proseguo delle cure psichiatriche integrate, al fine di migliorare le capacità di coping in generale e di prevenire ulteriori peggioramenti; sussiste infatti un modico rischio di cronicizzazione della sintomatologia per la tendenza dell■A. ad indentificarsi con i deficit della sintomatologia che la malattia di base le procurerebbe■ (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 7.2); cure, atte a

prevenire un peggioramento della situazione, che continuano tuttora. Per quanto riguarda il lasso di tempo intercorso tra le visite peritali psichiatriche (25 aprile e 9 maggio 2023) e la decisione impugnata (1. ottobre 2024), va quindi detto che esso è irrilevante, non avendo la ricorrente reso verosimile un cambiamento del proprio stato di salute intervenuto nel frattempo, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 136 V 24 consid. 4.3).

La ricorrente, per mettere in dubbio la perizia del _____, si appoggia sul Mini-ICF-APP a cui è stata sottoposta dal proprio psichiatra curante. Ella non spiega tuttavia perché i risultati ottenuti con questo strumento (e le limitazioni funzionali che se ne deducono) non dovrebbero essere compatibili con quelli dei test MMPI2-RF e SIMS somministratili nel quadro della perizia del _____, che già davano atto di un quadro psicopatologico compatibile con aspetti depressivi e ansiosi reali (doc. 70 incarto AI, Valutazione MMPI2-RF/SIMS, p.ti 2 e 5), e le risultanze peritali. Il perito psichiatrico del _____ non è infatti giunto alla conclusione di una ritrovata, completa capacità lavorativa da parte della ricorrente, come invece sembra credere il suo psichiatra curante (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 3: ■Non appare percorribile passare da un'■inabilità lavorativa completa esordita con la patologia oncologica nel 2019 ad una attuale capacità lavorativa completa■), ma dell'■80%.

Quanto all'■episodio del presunto abuso sessuale (a detta del perito riferitogli a microfono spento, a detta della ricorrente mai riferito), già con scritto del 13 agosto 2024 egli aveva affermato di aver ■ritenuto tale evento superato e dunque per nulla correlabile alla situazione clinica attuale■ (scritto del dr. med. _____ del 13 agosto 2024 allegato al doc. 104 incarto AI, pag. 2). Effettivamente nella perizia si fa riferimento al presunto abuso solo nell'■anamnesi (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 13), pertanto esso non ha giocato alcun ruolo nell'■elaborazione delle conclusioni peritali. L'■argomento non è quindi atto a scalfire l'■affidabilità di quest'■ultime.

Per quanto riguarda l'■asserito errore nella rilevazione del ciclo di sonno, secondo il perito ■i risvegli segnalati non son stati riferiti come compromettenti la qualità del sonno■ (scritto del dr. med. _____ del 13 agosto 2024 allegato al doc. 104 incarto AI, pag. 2), ciò che la ricorrente non ha contestato. Sempre secondo il perito, ■del resto, l'■assenza di qualsiasi terapia farmacologica specifica per l'■insonnia, non si giustificerebbe con la persistenza di un disturbo così invalidante■ (ibidem). Semmai c'■è stato, l'■errore in parola non ha quindi, comunque, influito sulle conclusioni peritali quanto alla capacità lavorativa della ricorrente. Il che vale anche per l'■affermazione di quest'■ultima, secondo la quale il perito in occasione del primo colloquio l'■avrebbe scambiata per un'■altra paziente.

Non appare invece spiegabile ■ ed è rilevante, a differenza di quanto appena esposto ■ il fatto che lo psichiatra curante, il 20 maggio 2024, abbia valutato la capacità lavorativa della ricorrente in una misura massima del 20%, quando il 30 aprile 2022, e sebbene a sua detta ■è nel frattempo intercorso un importante lasso di tempo, che ha comportato la cronicizzazione del disagio psichico esperito dalla paziente■ (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 1), aveva attestato un'■■incapacità lavorativa completa per l'■attività di tipografa e per qualsiasi attività adeguata alle competenze della paziente■ (doc. 47 incarto AI, p.to 1.3; sottolineatura del redattore).

Infine, contrariamente a quanto afferma la ricorrente nel ricorso, non è il perito psichiatrico a dover esporre e quantificare un eventuale miglioramento del di lei stato di salute; secondo questo perito, infatti, ■non vi sono sostanziali cambiamenti dal profilo psicopatologico; a partire da febbraio 2021 il quadro clinico è sostanzialmente invariato■ (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 8.4 pag. 19). È invece per ciò che concerne la patologia oncologica che si può considerare che un cambiamento è avvenuto, e meglio dall■inizio del 2023 con la stabilizzazione della situazione oncologica a distanza ormai di 2 anni e mezzo dal termine delle cure (cfr.supraconsiderando precedente).

Alla luce di quanto qui sopra esposto e accertato in particolare che la valutazione peritale rispetta gli indicatori sanciti dalla giurisprudenza (cfr.supraconsid. 2.5), questo Tribunale ha maturato il convincimento che la refertazione del curante psichiatra non contiene indizi concreti atti né a mettere in dubbio la correttezza delle conclusioni dell■esperto esterno indipendente e del medico SMR, né a rendere verosimile un peggioramento dello stato di salute della ricorrente entro la data della decisione impugnata.

Siano qui peraltro nuovamente ricordate le riserve che si impongono nella valutazione delle certificazioni dei curanti giusta la giurisprudenza per la quale in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009 e 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un■opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall■amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, con rinvii; cfr. in esteso al consid. 2.6).

Va quindi confermato che la capacità lavorativa della ricorrente è, dall■inizio del 2023, del 40% nell■attività svolta finora e del 60% in un■attività adeguata.

2.10. Quanto alla valutazione economica e a quella nell■attività di casalinga operate dall■Ufficio AI, la ricorrente non le contesta e dagli atti non emergono motivi per discostarsene. Correttamente, quindi, l■Ufficio AI ha concluso per un grado d■invalidità del 36% da gennaio 2023 e del 39% da gennaio 2024.

2.11. Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d■invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi, o ad un contributo per l■assistenza), l■art. 88biscpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita, dell■assegno per grandi invalidi o del contributo per l■assistenza è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. Nella concreta fattispecie non trova invece applicazione l■art. 88biscpv. 2 lett. b OAI, in base al quale la riduzione o la soppressione della rendita, dell■assegno per grandi invalidi o del contributo per l■assistenza è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l■erogazione illecita è causa dell■ottenimento indebito di una prestazione per l■assicurato o se quest■ultimo ha violato l■obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall■articolo 77 OAI.

Nella fattispecie, la decisione impugnata è stata notificata il 4 ottobre 2024 (ricorso, n. 4). La rendita percepita dalla ricorrente va quindi soppressa con effetto dal 1. dicembre 2024.

2.12. La ricorrente chiede di rinviare il caso all'Ufficio AI per una nuova perizia.

Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

Nella fattispecie, la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno della ricorrente sino all'emanazione della decisione contestata, senza che si renda necessario ordinare una perizia giudiziaria o il rinvio del caso all'Ufficio AI perché esperisca una perizia amministrativa. La richiesta formulata dalla ricorrente va quindi respinta.

2.13. Visto tutto quanto precede, correttamente l'Ufficio AI ha soppresso la rendita d'invalidità percepita dalla ricorrente.

La decisione impugnata merita pertanto conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto.

2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bisLAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con l'art. 61 lett. a e fbisLPGA 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 vanno poste a carico della ricorrente.

E. 30

giugno 2023) ". Il marginale 1009 della Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2024, prevede che: " Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022". Nel caso concreto, stante – come si vedrà – la modifica dopo il 1. gennaio 2022 del grado di un'invalidità sorta prima (e che ha determinato, sempre prima, l'inizio del diritto alla rendita), 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 la ricorrente 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 e questa riduzione del grado d'invalidità comporta una diminuzione della quota percentuale di rendita. È quindi 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: se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2); se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70%, gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera (cpv. 3); mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, si ha che al grado d'invalidità del 40% la quota percentuale è del 25% di una rendita intera (un quarto di rendita) e per ogni grado d'invalidità supplementare si computa una quota del 2,5% (cpv. 4). 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. Nel caso in cui, invece, l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa, torna applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI, secondo cui se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti. Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in Plädoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Occorre altresì ricordare che, quale conseguenza della decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU) del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09), secondo giurisprudenza il metodo misto non è applicabile alle persone con attività lucrativa svolta a tempo parziale, le quali per soli motivi familiari (ad esempio: nascita di un bambino) hanno notevolmente ridotto il pensum lavorativo nel senso di un cambiamento di statuto (da "persona con attività lavorativa a tempo pieno" a "persona con attività lavorativa a tempo parziale") che ha causato, in via di revisione ex art. 17 cpv. 1 LPGGA, una soppressione della rendita d'invalidità sinora percepita o una riduzione della

stessa. Nei casi al di fuori delle succitate fattispecie l'invalidità può essere determinata secondo il metodo misto (STF 8C_793/2017 dell'8 maggio 2018 consid. 7.1 con giurisprudenza citata). Ciò corrisponde, ad esempio, nel caso di una prima domanda di prestazioni (SVR 2017 IV nr. 31; STF 8C_633/2015 del 12 febbraio 2016 consid. 4.3). Preso atto della citata sentenza il Consiglio federale ha modificato l'ordinanza nel senso che dal 1. gennaio 2018 l'art. 27 bis cpv. 2-4 OAI aveva il seguente tenore: " 2 Per determinare il grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI, vengono sommati i seguenti gradi d'invalidità: a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa; b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete. 3 Il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPG, secondo le modalità seguenti: a. il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno; b. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido. 4 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno". Il Tribunale federale, in DTF 147 V 124, ha stabilito che " un cambiamento di statuto, per motivi familiari, a favore di quello di una persona che esercita un'attività lucrativa a tempo parziale costituisce un motivo di revisione dall'entrata in vigore della modifica dell'ordinanza il 1° gennaio 2018, anche in una fattispecie simile a quella esaminata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella causa Di Trizio contro Svizzera (7186/09) del 2 febbraio 2016 " (cfr. registro). Dal 1. gennaio 2022 l'art. 27 bis OAI prevede: " 1 Per valutare il grado d'invalidità degli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale si sommano i seguenti gradi d'invalidità: a. il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa; b. il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete. 2 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa: a. il reddito senza invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento; b. il reddito con invalidità è calcolato sulla base di un'attività lucrativa corrispondente a un grado d'occupazione del 100 per cento e adeguato alla capacità funzionale determinante; c. la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido. 3 Per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete: a. viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla situazione senza invalidità; b. la quota di cui alla lettera a viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 2 lettera c e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno". 2.5 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. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale e da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata sia da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo.

Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). Nella DTF 145 V 215 il TF ha 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. 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'afezione 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. 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). Secondo la giurisprudenza, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili sul mercato del lavoro equilibrato (concetto astratto e teorico e che non considera la situazione concreta del mercato del lavoro, i posti disponibili durante congiunture sfavorevoli o le ridotte possibilità per l'individuo leso nel suo stato valetudinario di trovare un posto di lavoro esigibile ed appropriato, cfr. pro multis DTF 148 V 174 consid. 9.1 e 147 V 124 consid. 6.2). 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), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito

siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (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 amministrativo federale devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico dei servizi medici regionali (SMR), va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2 bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Nell'ambito della valutazione delle condizioni mediche del diritto alle prestazioni, e nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, i SMR sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI, se occorre i SMR possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati e mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i SMR sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. I servizi interni del SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto del SMR, se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente

riconosciute (STF 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche STF 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Non va tuttavia dimenticato, come emerge dalla sentenza pubblicata in DTF 135 V 465 (cfr. consid. 4.4), che anche se la giurisprudenza assegna di principio ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione pieno valore probante, se adempiono i presupposti previsti dalla giurisprudenza, essi non hanno tuttavia la medesima forza probatoria di una perizia amministrativa allestita in applicazione della procedura prevista dall'art. 44 LPGA o di una perizia giudiziaria (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a; DTF 122 V 157 consid. 1c). Se la fattispecie viene decisa sulla base di un rapporto di un medico interno e sussistono anche solo lievi dubbi circa la fondatezza e le conclusioni della valutazione espressa, occorre procedere con accertamenti supplementari (DTF 135 V 465 consid. 4.4 in fine: “[...] Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.)”). A proposito della valenza probatoria dei pareri dei medici fiduciari degli assicuratori – come quelli del medico del SMR –, pur non assumendo a rango di perizia esterna, in caso di lite essi hanno valore probatorio preponderante per rapporto ai pareri dei curanti e delle perizie di parte (in tema Riemer-Kafka, Unabhängiger Board: Aufgaben und mögliche Umsetzung, in: Das Indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 2017, pagg. 154-158), a patto che non sussista dubbio sulla loro affidabilità e concludenza. 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, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2022, art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico possa essere ritenuto affidabile, deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore [Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.], in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione

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

2.7. 2.7.1. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, la rendita sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze, suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012 consid. 5.3). Giusta l'art. 29 bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

2.7.2. 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 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 pag. 323). 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. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, pag. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV Nr. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010 consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013 consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.8. Nel caso di specie l'Ufficio AI, con decisione del 10 agosto 2021, ha riconosciuto alla ricorrente il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita d'invalidità (grado d'invalidità del 66%) dal 1. agosto 2020 in avanti, stante un'incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività e un impedimento del 31.45% nell'attività di casalinga (doc. 41 incarto AI). Già il 19 maggio 2021, però, il SMR aveva consigliato al consulente AI di prevedere una revisione per autunno 2021, considerato che per la problematica psichiatrica la prognosi era favorevole (doc. 32 incarto AI). Il 21 febbraio 2022 l'Ufficio AI ha quindi avviato d'ufficio la procedura di revisione del caso. Nel corso della suddetta procedura l'Ufficio AI ha ricevuto

da parte di ciascuno dei due medici curanti della ricorrente un rapporto, attestanti il primo un'incapacità lavorativa parziale (doc. 45 incarto AI, p.to 3.1) e il secondo totale (doc. 47 incarto AI, p.to 1.3). Il SMR ha quindi ritenuto opportuno sottoporre la ricorrente a una perizia pluridisciplinare. Dopo ulteriori due rapporti sull'evoluzione dello stato di salute della ricorrente da parte dei suoi medici curanti (docc. 58 e 60 incarto AI), attestanti sostanzialmente una situazione invariata, il _____ ha reso il proprio referto il 22 dicembre 2023. Nella valutazione peritale oncologica del 9 maggio 2023 allegata alla perizia del _____ il dr. med. _____, specialista FMH in oncologia e medicina interna, una volta riassunti gli atti di pertinenza oncologica messi a sua disposizione (in particolare i certificati medici dal 2019 in poi), ha esposto l'anamnesi, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali e la descrizione di una giornata della ricorrente. Il perito ha poi esaminato lo status della ricorrente e lo ha valutato dal punto di vista medico. Egli ha posto la seguente diagnosi (di pertinenza oncologica) con influenza sulla capacità lavorativa: " **DIAGNOSI ONCOLOGICA** Carcinoma dutt. inv. QIE mammella sx, pT2 31.07.2019 (3 cm) pN1a (1/12) M0, Luminal-B, HER-2 neg. [G2, RE>95%, RP 95%, Ki-67 30-40%, c-erbB-2 score 2+, FISH neg., L/V1, Pn0, R0] associato a carcinoma duttale in situ di tipo solido, G3 **TRATTAMENTO ONCOLOGICO** Tumorectomia mammella sx, ricostruzione 12.09.2019 oncoplastica, asportazione fibroadenoma QSE dx, simmetrizzazione e linfadenectomia ascellare livelli 1 e 2 a sx Chemioterapia adiuvante Epirubicina e 13.02-05.12.2019 Ciclofosfamide x4 Chemioterapia adiuvante Paclitaxel 30.12.2019-20.03.2020 settimanale x12 Radioterapia adiuvante mammella sx con 22.04-12.06.2020 boost sul letto operatorio, 50+16 Gy In atto : Blocco ovarico LH-RH analogo dal 16.08.2019 Endocrinoterapia adiuvante con dal 3.04.2020" Exemestane (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale oncologica, p.to 6.3). Il perito ha poi rilevato che i disturbi e i deficit funzionali fatti valere potevano essere spiegati con la chirurgia realizzata e l'endocrinoterapia in corso e si è pronunciato sulle capacità e sulle risorse della ricorrente. Precisando che l'attività lavorativa potrebbe migliorare alla conclusione dell'endocrinoterapia, le ha così descritte: " Necessità di cambiare posizione con la possibilità di cambiare spesso posizione seduta/eretta, evitare posizioni di lavoro o dinamiche a braccia elevate, capacità ridotta per la manipolazione di oggetti o attrezzi di precisione, evitare la manipolazione di oggetti pesanti, capacità di sollevamento o trasporto di carichi molto leggeri fino a 5 kg" (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale oncologica, p.to 8.2 pag. 29). A detta del perito questi limiti funzionali giustificavano, a livello medico teorico, un calo del rendimento nella misura del 50% nell'attività lavorativa abituale e del 30% in qualsiasi attività adeguata a partire dall'inizio del 2023 (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale oncologica, p.to 8.4 pag. 31). Nella valutazione peritale psichiatrica del 23 maggio 2023, sempre allegata alla perizia del _____, il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, una volta riassunti gli atti messi a sua disposizione (in particolare i certificati medici dal 2019 in poi), ha esposto l'anamnesi, i disturbi soggettivi attuali riferiti dall'assicurata e la descrizione della giornata di quest'ultima. Il perito ha poi esaminato lo status della ricorrente e lo ha valutato dal punto di vista medico. Egli ha posto la seguente diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: " **sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10; F42.1)** " (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 6.1). Il perito ha poi valutato capacità, risorse e problemi della ricorrente e ritenuto una lieve interferenza sulle capacità lavorative, quantificabile nell'ordine del 20%, a partire dal mese di aprile 2021 (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.ti 7.2 pag. 16 e 7.4). Dal punto di vista

internistico e reumatologico non erano invece emerse patologie che incidavano sulla capacità lavorativa. Nella valutazione globale interdisciplinare contenuta nella perizia del _____ i quattro periti sono quindi arrivati alla seguente conclusione: " Ne deriva una capacità lavorativa globale, nell'attività svolta, pari al 40%, data dall'integrazione parziale tra le incapacità lavorative in ambito oncologico e psichiatrico. Si procede ad un'integrazione parziale in quanto entrambe prendono in considerazione una riduzione del rendimento con la necessità di maggiori pause e la maggiore affaticabilità. (...) Ne deriva una capacità lavorativa globale del 60% data dall'integrazione parziale tra le incapacità lavorative nei due ambiti. Si procede ad un'integrazione parziale per i motivi già sopra esposti" (doc. 70 incarto AI, pag. 51 p.to 4.6). Secondo i periti " per ciò che concerne la patologia oncologica si può considerare che il cambiamento sia avvenuto dall'inizio del 2023 con la stabilizzazione della situazione oncologica a distanza ormai di 2 anni e mezzo dal termine delle cure " (doc. 70 incarto AI, pag. 55 p.to 4.11). Il SMR ha fatto propria questa perizia nel rapporto finale del 2 gennaio 2024, allineandosi alle conclusioni a cui i periti erano giunti (doc. 72 incarto AI, p.to 3.3); nel rapporto del 7 febbraio 2024 il consulente AI non ha ritenuto esservi i presupposti per attuare dei provvedimenti professionali per migliorare la capacità di guadagno della ricorrente (doc. 79 incarto AI, pag. 4); e nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 9 aprile 2024 il consulente IAS ha concluso per un impedimento del 31.20% nell'attività di casalinga (doc. 80 incarto AI, p.to 5.5). Con progetto di decisione del 15 aprile 2024 l'Ufficio AI ha quindi prospettato alla ricorrente di sopprimerne la rendita dalla fine del mese che avrebbe seguito l'intimazione della decisione, avendo calcolato un grado d'invalidità del 36% da gennaio 2023 e del 39% da gennaio 2024 (doc. 81 incarto AI, pag. 3 seg.). Le osservazioni della ricorrente del 7 giugno 2024 al progetto di decisione (doc. 98 incarto AI), corredate del rapporto medico del proprio psichiatra curante del 20 maggio 2024, sono state sottoposte dall'Ufficio AI al SMR, che a sua volta li ha sottoposti al _____. Quest'ultimo, e in particolare il dr. med. _____, con scritto del 27 agosto 2024 ha confermato le conclusioni di cui alla propria perizia del 22 dicembre 2023 (doc. 104 incarto AI, pag. 4). Il SMR, con annotazione del 31 agosto 2024, ha condiviso la valutazione del _____ (doc. 105 incarto AI). Di conseguenza, con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha confermato il progetto di decisione (doc. 106 incarto AI). 2.9. La ricorrente contesta innanzitutto la diagnosi posta dal perito psichiatrico del _____ di sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10: F42.1 [recte: F41.2]), che contrasterebbe con quella posta dal suo psichiatra curante. Secondo quest'ultimo, infatti, " se inizialmente si poteva considerare un disturbo disadattivo, ICD-10, F43, in seguito più precisamente disturbo ansioso-depressivo, si deve infine riconoscere un disturbo depressivo, che in considerazione delle peculiarità valuterei di altro tipo, ICD-10, F32.8 " (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag.3). Sennonché, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671 consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8; STCA 32.2019.24

del 28 gennaio 2020 consid. 2.4) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8). Quanto allora ai disturbi, il perito psichiatrico del _____ ha rilevato che: " L'A. riferisce la presenza di dolori alla mano sx, con le conseguenze limitazioni funzionali (porta un guanto compressivo); dice di sentirsi rigida e si stanca facilmente, ha problemi a stare in piedi per ore, a causa del medicamento che assume; inoltre lamenta difficoltà ad ambientarsi a nuove situazioni. Non riferisce altri disturbi psicopatologici significativi; non sente il bisogno di terapie psicofarmacologiche o di cure specialistiche; avrebbe trovato il suo equilibrio e non mostra nessuna motivazione a riprendere un ruolo lavorativo, né ad affrontare un eventuale riqualifica/ricollocaimento" (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 13). Su queste basi, ha così descritto le conseguenze sulla capacità lavorativa: " l'A. ha sviluppato alcuni tratti di personalità passivi; l'A. tende piuttosto a privilegiare atteggiamenti arrendevoli e di attesa che qualcuno possa aiutarla economicamente. Si osservano anche scarse capacità di mentalizzazione ed una certa tendenza alla cronicizzazione dei dolori ma che non trovano riscontro almeno nell'intensità in rilevanze clinico diagnostiche. Le limitazioni emerse dal profilo psicopatologico sono di lieve entità e legate all'identificazione dell'A. con i limiti che la malattia di base le procurerebbero" (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 7.4). Egli ha quindi ritenuto " che la blanda sintomatologia mostrata, si ripercuota con una lieve interferenza sulle capacità lavorative, quantificabile nell'ordine del 20%, a partire dal mese di aprile 2021 " (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 7.2 pag. 16). Lo psichiatra curante ha invece rilevato che: " Soggettivamente la paziente riferisce che il caldo la infastidisce, ha delle caldane con palpitazioni ed ansia. Accusa dolori cervicali con rigidità muscolare così come se sta seduta o ferma in piedi a lungo; ha dolori ai gomiti, risente le mani rigide con insensibilità alla punta delle dita, spesso le cadono gli oggetti dalle mani, in casa deve usare dei guanti di gomma. La mano sinistra è gonfia e non riesce a portare pesi, deve portare spesso un guanto compressivo. Avverte mancanza di sensibilità a livello del calcagno sinistro, anche se da parte neurologica non si è oggettivato nulla. La sensibilità cambia col tempo. Ha dei risvegli notturni, si sente stanca fisicamente, ha poca resistenza, tant'è che deve farsi aiutare a svolgere i lavori domestici più pesanti. Ha un basso livello di sopportazione. Le manca concentrazione, ha poca memoria. Si sente a disagio dove c'è affollamento, non riesce a dare retta a molte persone contemporaneamente. Quando deve recarsi a fare visite mediche va in ansia ed è come se il tempo si fermasse. La sua malattia l'ha segnata psicologicamente e fisicamente, gli stati d'ansia gli creano fastidi fisici (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag.2). Ha poi così descritto le conseguenze sulla capacità lavorativa: " Al momento attuale emerge un sentimento di sfinimento psico-fisico con importante astenia. Timia instabile con momenti di sconforto, in particolare allorquando pensa alla malattia oncologica. Componente ansiosa. Fatica a concentrarsi e mantenere a lungo l'attenzione. Diminuzione della spinta volitiva, scarsa progettualità. Ingente sentimento di insicurezza con ridotta fiducia nelle proprie risorse e vulnerabilità. Ridotta tolleranza allo stress in senso lato con rapida esauribilità. Contrazione delle relazioni sociali, essenzialmente intrafamiliari con riduzione del livello di funzionamento globale" (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 2). Egli ha quindi concluso che " in considerazione di quanto sopra valutato la capacità lavorativa della paziente in una misura massima del 20% " (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 3). Si rileva innanzitutto che l'insorgente non presentava alcun antecedente psichiatrico o affezioni di sorta prima della malattia (doc. 70 incarto AI, Valutazione

peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 12: “ dal profilo psicopatologico l’anamnesi è silente sino al 2019 ”). E neppure vi sono sufficienti elementi che depongono a favore di una patologia psichiatrica ereditaria, le informazioni concernenti gli asseriti disturbi psichici della zia essendo troppo vaghe (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 12). Inoltre, nel formulario per la domanda di rendita datato 6 febbraio 2020 la ricorrente ha indicato quale danno alla salute unicamente l’afezione oncologica (diagnosticata a luglio 2019), sebbene lo psichiatra curante abbia in seguito osservato la “ slatentizzazione del disagio psichico a seguito della problematica oncologica ” (doc. 146 incarto CM p.to 1.a, sottolineatura del redattore). La presa a carico psichiatrica è poi cominciata solo il successivo 12 aprile 2021 (ibidem , p.to 4.a). Presa a carico “ essenzialmente di tipo supportivo ” (doc. 47 incarto AI, p.to 2.3). Va anche sottolineato che, nonostante l’insorgere di una reazione ansioso depressiva, la ricorrente ha iniziato una presa a carico specialistica da parte di terapeuti nel 2021 senza la necessità di assumere psicofarmaci (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 12). Poi “ si è proceduto ad incrementare la posologia del supporto antidepressivo sino a 20 mg pro die di Escitalopram gc ” (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 3), senza che sia dato sapere da quando e partendo da quale posologia. La prescrizione è poi stata dimezzata (doc. IV A5, pag. 1), sempre senza che si sappia da quando. Si è quindi passati al di sotto “ del dosaggio antidepressivo minimo efficace ” (doc. VI 2, pag. 1) e ciò, nonostante la diagnosi di un disturbo depressivo di altro tipo (ICD-10: F32.8) effettuata dallo psichiatra curante. La ricorrente ha motivato il dimezzamento, limitandosi ad addurre di non aver sopportato il dosaggio prescritto (doc. VIII, n. 50). Non ha quindi spiegato quali problemi l’assunzione di un farmaco al dosaggio minimo efficace avrebbe indotto e come si concilia questa terapia farmacologica con la diagnosi proposta. Nell’annotazione del 20 novembre 2024 il SMR ha pertinentemente osservato che “ lo status e i disturbi soggettivi riportati dal curante non sono tuttavia significativamente diversi da quanto certificato nel 2021 e riassunti dallo stesso Dr. _____ nella frase: « La paziente affatica a prendere decisioni e ad intraprendere personalmente dei progetti, vi è un completo evitamento di attività lavorative»” (doc. VI 2, pag. 1). Disturbi, riguardo ai quali già il perito psichiatrico del _____ aveva precisato che “ dal punto di vista psicopatologico, durante il corso dei due colloqui avuti con l’A., non ho mai avuto l’impressione della presenza di sintomi fittizi e/o di simulazione, ma piuttosto emerge una tendenza ad enfatizzare l’esposizione dei sintomi ” (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 8.4 pag. 21) e che sono comunque stati debitamente considerati (tant’è che lo specialista ha attestato un’inabilità lavorativa, per le sole affezioni psichiche, del 20%), ma non sono stati ritenuti tali da precludere completamente alla ricorrente un’attività lavorativa adeguata ai limiti funzionali. Per il resto il curante delinea una situazione obiettiva che non si appalesa sostanzialmente diversa da quella descritta dal perito – a fronte peraltro di una descrizione soggettiva maggiormente pessimistica – ma che diverge sostanzialmente nelle conclusioni circa la gravità di tali sintomi patologici e, quindi, le conseguenze sulla capacità lavorativa, senza però che tali divergenze siano accompagnate da motivazioni concrete che permettano di mettere quantomeno in dubbio le conclusioni del perito. Del resto, nemmeno vengono elencati e sostanziati elementi oggettivi che documentino un peggioramento rilevante delle condizioni della ricorrente intervenuto successivamente al referto del perito e entro la data della decisione contestata. A questo riguardo il perito psichiatrico aveva anche consigliato “ il proseguo delle cure psichiatriche integrate, al fine di migliorare le capacità di coping in generale e di prevenire ulteriori peggioramenti; sussiste infatti un modico rischio di

cronicizzazione della sintomatologia per la tendenza dell'A. ad identificarsi con i deficit della sintomatologia che la malattia di base le procurerebbe ” (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 7.2); cure, atte a prevenire un peggioramento della situazione, che continuano tuttora. Per quanto riguarda il lasso di tempo intercorso tra le visite peritali psichiatriche (25 aprile e 9 maggio 2023) e la decisione impugnata (1. ottobre 2024), va quindi detto che esso è irrilevante, non avendo la ricorrente reso verosimile un cambiamento del proprio stato di salute intervenuto nel frattempo, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 136 V 24 consid. 4.3). La ricorrente, per mettere in dubbio la perizia del _____, si appoggia sul Mini-ICF-APP a cui è stata sottoposta dal proprio psichiatra curante. Ella non spiega tuttavia perché i risultati ottenuti con questo strumento (e le limitazioni funzionali che se ne deducono) non dovrebbero essere compatibili con quelli dei test MMPI2-RF e SIMS somministratile nel quadro della perizia del _____, che già davano atto di un quadro psicopatologico compatibile con aspetti depressivi e ansiosi reali (doc. 70 incarto AI, Valutazione MMPI2-RF/SIMS, p.ti 2 e 5), e le risultanze peritali. Il perito psichiatrico del _____ non è infatti giunto alla conclusione di una ritrovata, completa capacità lavorativa da parte della ricorrente, come invece sembra credere il suo psichiatra curante (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 3: “ Non appare percorribile passare da un’inabilità lavorativa completa esordita con la patologia oncologica nel 2019 ad una attuale capacità lavorativa completa ”), ma dell’80%. Quanto all’episodio del presunto abuso sessuale (a detta del perito riferitogli a microfono spento, a detta della ricorrente mai riferito), già con scritto del 13 agosto 2024 egli aveva affermato di aver “ ritenuto tale evento superato e dunque per nulla correlabile alla situazione clinica attuale ” (scritto del dr. med. _____ del 13 agosto 2024 allegato al doc. 104 incarto AI, pag. 2). Effettivamente nella perizia si fa riferimento al presunto abuso solo nell’anamnesi (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 3 pag. 13), pertanto esso non ha giocato alcun ruolo nell’elaborazione delle conclusioni peritali. L’argomento non è quindi atto a scalfire l’affidabilità di quest’ultime. Per quanto riguarda l’asserito errore nella rilevazione del ciclo di sonno, secondo il perito “ i risvegli segnalati non son stati riferiti come compromettenti la qualità del sonno ” (scritto del dr. med. _____ del 13 agosto 2024 allegato al doc. 104 incarto AI, pag. 2), ciò che la ricorrente non ha contestato. Sempre secondo il perito, “ del resto, l’assenza di qualsiasi terapia farmacologica specifica per l’insonnia, non si giustificerebbe con la persistenza di un disturbo così invalidante ” (ibidem). Semmai c’è stato, l’errore in parola non ha quindi, comunque, influito sulle conclusioni peritali quanto alla capacità lavorativa della ricorrente. Il che vale anche per l’affermazione di quest’ultima, secondo la quale il perito in occasione del primo colloquio l’avrebbe scambiata per un’altra paziente. Non appare invece spiegabile – ed è rilevante, a differenza di quanto appena esposto – il fatto che lo psichiatra curante, il 20 maggio 2024, abbia valutato la capacità lavorativa della ricorrente in una misura massima del 20%, quando il 30 aprile 2022, e sebbene a sua detta “ è nel frattempo intercorso un importante lasso di tempo, che ha comportato la cronicizzazione del disagio psichico esperito dalla paziente ” (scritto del dr. med. _____ del 20 maggio 2024 allegato al doc. 97 incarto AI, pag. 1), aveva attestato un’“ incapacità lavorativa completa per l’attività di tipografa e per qualsiasi attività adeguata alle competenze della paziente ” (doc. 47 incarto AI, p.to 1.3; sottolineatura del redattore). Infine, contrariamente a quanto afferma la ricorrente nel ricorso, non è il perito psichiatrico a dover esporre e quantificare

un eventuale miglioramento del di lei stato di salute; secondo questo perito, infatti, “ non vi sono sostanziali cambiamenti dal profilo psicopatologico; a partire da febbraio 2021 il quadro clinico è sostanzialmente invariato ” (doc. 70 incarto AI, Valutazione peritale psichiatrica, p.to 8.4 pag. 19). È invece per ciò che concerne la patologia oncologica che si può considerare che un cambiamento è avvenuto, e meglio dall’inizio del 2023 con la stabilizzazione della situazione oncologica a distanza ormai di 2 anni e mezzo dal termine delle cure (cfr. supra considerando precedente). Alla luce di quanto qui sopra esposto e accertato in particolare che la valutazione peritale rispetta gli indicatori sanciti dalla giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.5), questo Tribunale ha maturato il convincimento che la refertazione del curante psichiatra non contiene indizi concreti atti né a mettere in dubbio la correttezza delle conclusioni dell’esperto esterno indipendente e del medico SMR, né a rendere verosimile un peggioramento dello stato di salute della ricorrente entro la data della decisione impugnata. Siano qui peraltro nuovamente ricordate le riserve che si impongono nella valutazione delle certificazioni dei curanti giusta la giurisprudenza per la quale in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009 e 9C_602/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, con rinvii; cfr. in esteso al consid. 2.6). Va quindi confermato che la capacità lavorativa della ricorrente è, dall’inizio del 2023, del 40% nell’attività svolta finora e del 60% in un’attività adeguata. 2.10. Quanto alla valutazione economica e a quella nell’attività di casalinga operate dall’Ufficio AI, la ricorrente non le contesta e dagli atti non emergono motivi per discostarsene. Correttamente, quindi, l’Ufficio AI ha concluso per un grado d’invalidità del 36% da gennaio 2023 e del 39% da gennaio 2024. 2.11. Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d’invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi, o ad un contributo per l’assistenza), l’art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita, dell’assegno per grandi invalidi o del contributo per l’assistenza è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. Nella concreta fattispecie non trova invece applicazione l’art. 88 bis cpv. 2 lett. b OAI, in base al quale la riduzione o la soppressione della rendita, dell’assegno per grandi invalidi o del contributo per l’assistenza è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l’erogazione illecita è causa dell’ottenimento indebito di una prestazione per l’assicurato o se quest’ultimo ha violato l’obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall’articolo 77 OAI. Nella fattispecie, la decisione impugnata è stata notificata il 4 ottobre 2024 (ricorso, n. 4). La rendita percepita dalla ricorrente va quindi soppressa con effetto dal 1. dicembre 2024. 2.12. La ricorrente chiede di rinviare il caso all’Ufficio AI per una nuova perizia. Va qui ricordato che, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. DTF 130 II 425

consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Nella fattispecie, la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno della ricorrente sino all'emanazione della decisione contestata, senza che si renda necessario ordinare una perizia giudiziaria o il rinvio del caso all'Ufficio AI perché esperisca una perizia amministrativa. La richiesta formulata dalla ricorrente va quindi respinta. 2.13. Visto tutto quanto precede, correttamente l'Ufficio AI ha soppresso la rendita d'invalidità percepita dalla ricorrente. La decisione impugnata merita pertanto conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con l'art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 vanno poste a carico della ricorrente.

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