

TI_GERICHTE 32.2025.74

TI Tribunale d'appello, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.74

Erwägungen

E. 5

del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili.

considerato in diritto

in ordine

nel merito

2.2. Oggetto del contendere è sapere se a giusta ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto alla ricorrente una rendita intera d'invalidità dal 1. agosto 2023 al 31 marzo 2024 oppure se ella vi ha diritto, come sostiene, dal 19 giugno 2023 in poi.

2.3. Va anzitutto rilevato che il 1. gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705).

La cifra 9101 della Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità (CIRAI) (valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. gennaio 2026) prevede che se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

Le cifre 1007-1009 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. gennaio 2025) prevedono che:

In casula ricorrente ha presentato la domanda di prestazioni nel febbraio del 2023 a fronte di una inabilità lavorativa a far tempo dal 19 giugno 2022, ragione per cui l'eventuale diritto ad una rendita sarebbe insorto successivamente alla modifica legislativa di cui sopra, a prescindere dal fatto che si tratti di una domanda tardiva (art. 29 cpv. 1 LAI) o meno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI).

È quindi applicabile il diritto in vigore dal 1. gennaio 2022.

2.4. 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, 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 (edit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. 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 agli artt. 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:

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).

Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità.

Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476 n. 213).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve

tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale ■ di regola ■ non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17 consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006 consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV n. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1. gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321 e 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342 e 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 (STF 9C_492/2014 del 3 giugno

2015 pubblicata in 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.

In due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), 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.

In quelle sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'■affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da tale elemento non emerge infatti alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata.

Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta.

Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. Comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

In una sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

La nuova giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6) ed anche successivamente, ad esempio, nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2).

In una sentenza 9C_724/2018 dell'11 luglio 2019, pubblicata in DTF 145 V 215, il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

In una sentenza 8C_280/2021 del 17 novembre 2021, pubblicata in DTF 148 V 49, il Tribunale federale ha stabilito che un disturbo depressivo di grado leggero fino a medio senza interferenza notevole con una comorbidità psichiatrica non può essere generalmente definita come una malattia psichica grave. Se al riguardo dovesse esserci inoltre un potenziale terapeutico significativo, ne risulta che è messo in discussione in modo particolare anche il carattere durevole del danno alla salute. In tale eventualità devono essere adempiute importanti ragioni perché si possa concludere comunque a una malattia invalidante. Se, in questa costellazione, gli specialisti in psichiatria attestano senza spiegazione concludente (eventualmente in seguito a una domanda) una diminuzione considerevole della capacità lavorativa malgrado l'assenza di un disturbo psichico grave, l'assicuratore o il tribunale dispongono di un motivo per negare la valenza giuridica alla valutazione medico-psichiatrica dell'impatto (consid. 6.2.2; vedi pure STF 8C_750/2024 del 7 agosto 2025, consid. 4.6).

Infine, nella STF 8C_104/2024 del 22 ottobre 2024, pubblicata in DTF 151 V 66 (cfr. Comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 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 pronunzia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per mantenere la giurisprudenza

specifica riguardo all'obesità sinora vigente.

Dopo avere ricordato che l'obesità è una malattia somatica (fisica) cronica e complessa, l'Alta Corte ha stabilito che l'obesità può comportare un'invalidità che dà diritto a prestazioni di rendita, anche qualora di principio può essere trattata e non causa danni fisici o mentali e non è neanche la conseguenza di tali danni (cambiamento della giurisprudenza; consid. 5.9 e 5.11). All'assicurato va rammentato il suo obbligo di ridurre il danno (consid. 5.11).

Il Tribunale federale ha pure sottolineato che in caso di obesità, come nell'ambito di altre patologie somatiche, le difficoltà probatorie non si presentano allo stesso modo di quelle esistenti nel quadro di una malattia psichica. Non è pertanto necessario, né indicato procedere ad un esame di tutti gli indicatori (consid.5.11).

Su questo tema cfr. STF 8C_485/2024 del 25 luglio 2025, consid. 5.2.2 e il dossier **Medizin und Recht Adipositas Leiturtel**, pubblicato in HAVE/REAS 2/2025 pag. 144-161 e K. Gehring, **Übersicht der Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht**, in plädoyer 4/2025, pag. 44-51 (48).

2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

Secondo la giurisprudenza, spetta essenzialmente al consulente in integrazione 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, valutare, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, 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) (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. 1cin finecon rinvi).

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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 seg.). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedasi la DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. 3.2 seg., 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. 54a LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni (cpv. 2), stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato ■ determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA ■ di esercitare un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile o di svolgere le mansioni consuete (cpv. 3) e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nel caso specifico (cpv. 4).

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'ufficio AI 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; 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 157E. 1d S. 162 f.)■).

A proposito della valenza probatoria dei pareri dei medici fiduciari degli assicuratori ■ come quelli del medico del SMR ■, pur non assurgendo a rango di perizia esterna, in caso di lite essi hanno valore probatorio preponderante per rapporto ai pareri dei curanti e delle perizie di parte (in tema Riemer-Kafka, Unabhängiger Board: Aufgaben und mögliche Umsetzung, in: Das Indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 2017, pagg. 154-158), a patto che non sussista dubbio sulla loro affidabilità e conclusione.

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, 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 (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc; STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a pag. 398 seg.) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

2.7.

2.7.1. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime

per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV n. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006, I 689/04 del 27 dicembre 2005, I 38/05 del 19 ottobre 2005, I 12/04 del 14 aprile 2005, I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004).

Ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGGA, nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2022, per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita:

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 all'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI).

Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA del 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012 consid. 5.3).

Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità, l'art. 88bis cpv. 1 OAI stabilisce che l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto: se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (lett. a); se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (lett. b); se viene constatato che la decisione dell'ufficio AI, sfavorevole all'assicurato, era manifestamente errata, a partire dal momento in cui il vizio è stato scoperto (lett. c).

L'art. 88bis cpv. 2 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 (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato

l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'articolo 77, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare (lett. b).

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; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; 109 V 116; 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 diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64 seg.).

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 LPGA, 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 n. 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 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA 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 n. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati al punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute tale da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1, 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6).

2.8. Nel caso di specie, nel suo consulto peritale del 9 marzo 2024 allegato alla perizia del _____ dell'11 dicembre 2024, il dr. med. _____, specialista in reumatologia, ha innanzitutto riassunto gli atti di pertinenza medica messi a sua disposizione, ha descritto l'anamnesi, ha riportato i disturbi attuali, ha esposto lo svolgimento di una giornata tipo della ricorrente, ha formulato osservazioni sul comportamento, l'aspetto esteriore, la comprensione linguistica e l'ha esaminata dal punto di vista clinico. Ha poi effettuato la valutazione medica, sintetizzando la storia personale, professionale e sanitaria della ricorrente e ponendo le seguenti diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa:

Il perito ha poi valutato la ricorrente dal punto di vista medico-assicurativo. Ne ha così descritto capacità, risorse e problemi:

A detta del perito questi limiti funzionali giustificavano, a livello medico teorico, a partire dal 19 giugno 2022 un'invalidità lavorativa totale per qualsiasi lavoro, a partire dal 21 settembre 2023 un'invalidità lavorativa del 75%, intesa come riduzione del rendimento nella misura del 25%, nell'attività lavorativa abituale e un'abilità lavorativa con rendimento del 100% in un lavoro adatto allo stato di salute (Consulto peritale reumatologico del 09.03.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 8). Egli ha concluso, osservando che non ho suggerimenti per provvedimenti sanitari e terapie, in grado di incidere sostanzialmente sulle risorse fisiche attualmente disponibili e quindi sulla capacità lavorativa (ibidem).

Da parte sua la dr.ssa _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nella sua valutazione del 25 marzo 2024 allegata alla perizia del _____ dell'11 dicembre 2024, una volta riassunti gli atti di rilevanza medica messi a sua disposizione, ha descritto l'anamnesi, ha esposto lo svolgimento di una giornata tipo della ricorrente, ne ha riportato il trattamento psichiatrico e le aspettative per il futuro, ha formulato osservazioni sul comportamento, l'aspetto esteriore, la comprensione linguistica e l'ha esaminata dal punto di vista clinico. Ha poi posto le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa:

La perita ha poi valutato la ricorrente dal punto di vista medico e medico-assicurativo. In particolare, nella descrizione di risorse e deficit secondo lo schema Mini-ICF-APP, ha rilevato quanto segue:

A detta della perita questi limiti funzionali giustificavano, a livello medico teorico, un'abilità lavorativa, intesa come riduzione del rendimento, del 30% da luglio 2022 a dicembre 2023 e del 70% a partire da gennaio 2024, sia nell'attività lavorativa abituale che in attività adeguate allo stato di salute (Valutazione del 25.03.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 8.1 seg.). Ella, senza proporre alcun provvedimento sanitario o terapia, ha concluso osservando che è indicata una prosecuzione del monitoraggio clinico (ibidem, p.to 8.3).

Poiché dal punto di vista neurologico (cfr. la valutazione del 23.02.2024 e lo scritto del 10.04.2024 del dr. med. _____, specialista in neurologia, sub doc. 98 incarto AI) e internistico (cfr. la perizia dell'11.12.2024 della dr.ssa med. _____, specialista in medicina interna generale, sub. doc. 98 incarto AI) non erano emerse patologie che incidessero sulla capacità lavorativa, nella valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) contenuta nella perizia del _____ i periti hanno concluso per un'incapacità lavorativa totale sia nell'attività svolta finora che in un'attività adeguata dal 19 giugno 2022, del 75% nell'attività svolta finora e del 70% in un'attività adeguata dal 21 settembre 2023, del 75% nell'attività svolta finora e del 30% in un'attività adeguata dal 1. gennaio 2024 (cfr. la valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) dell'11.12.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 4.9).

Il SMR ha fatto propria la perizia del _____ nel rapporto finale del 18 dicembre 2024, allineandosi alle conclusioni a cui i periti erano giunti (doc. 102 incarto AI), e nel rapporto del 5 febbraio 2025 il consulente AI non ha ritenuto esservi i presupposti per attuare dei provvedimenti professionali per migliorare la capacità di guadagno della ricorrente (doc. 109 incarto AI). Con progetto di decisione del medesimo giorno, l'Ufficio AI ha quindi prospettato alla ricorrente di riconoscerle una rendita intera d'invalidità dal 1. agosto 2023 al 31 marzo 2024, avendo stabilito un grado d'invalidità del 100% dal 1. giugno 2023, del 73% dal 21 settembre 2023 e del 37% dal 1. gennaio 2024 (doc. 107 incarto AI). Non essendo giunte osservazioni, con le decisioni impugnate l'Ufficio AI ha confermato il progetto (doc. 115 incarto AI).

2.9.

2.9.1. Questo Giudice, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente riconosciuto alla ricorrente una rendita intera d'invalidità unicamente dal 1. agosto 2023 al 31 marzo 2024, rileva innanzitutto che le diagnosi a cui sono giunti il perito reumatologo e la perita psichiatrica (cfr. supra, consid. 2.7 pag. 15 seg.) non vengono messe in dubbio dalla ricorrente.

Nemmeno i limiti funzionali descritti nella perizia del _____ vengono, in sé, contestati. La ricorrente sostiene però che i medici che la seguono l'hanno valutata inabile al lavoro dal 50 al 100%, al riguardo allegando al ricorso, tra altra documentazione già in possesso dell'Ufficio AI e già valutata dal _____, tre nuovi atti medici: uno scritto della dr. med. _____ del 12 maggio 2025 (doc. Q), uno scritto del dr. med. _____ del 23 maggio 2025 (doc. R) e un certificato medico del 28 maggio 2025 del dr. med. _____ (doc. S).

Detti atti sono stati trasmessi dall'Ufficio AI al SMR, il cui dr. med. _____, specialista in medicina interna generale, con annotazione del 24 settembre 2025 ha osservato che non vi vedo obiettività di modifiche dello stato valetudinario tali da mettere in discussione o modificare le limitazioni già valutate in sede del _____ o necessitare da parte medica di ulteriori approfondimenti ai fini assicurativi (doc. 1).

Con il suo scritto la dr. med. _____ informa il dr. med. _____ del consulto ambulatoriale avvenuto il 12 maggio 2025. Ne riporta il motivo e pone le seguenti diagnosi, largamente sovrapponibili a quelle individuate dal perito reumatologo del _____ (cfr. supra, consid. 2.7 pag. 15):

Riassume poi la storia clinica della ricorrente, che ha eseguito anche una valutazione neurologica dalla Dr. med. _____ che non mostra un quadro di radicolopatia e

l'elettromiografia è risultata normale e che sembra piuttosto dolorante tuttavia con un quadro neurologico intatto (cfr. doc. Q, pag. 1), dà i risultati di esami complementari e consiglia il seguente procedere:

Quanto allo scritto del dr. med. _____, egli propone alla dr. med. _____ un ricovero presso la _____ per eseguire un programma reumatologico complessocaratterizzato da fisioterapia intensiva (fisioterapia a secco e in piscina, presa a carico reumatologico e psicologica-psichiatrica). Tale ricovero permetterebbe inoltre a uno sperato miglioramento clinico al completamento dell'eventuali indagini reumatologico (doc. R).

Con il suo certificato medico, infine, il dr. med. _____ attesta l'inabilità al lavoro per malattia della ricorrente al 100% dal 19 giugno 2022 al 31 luglio 2024, al 30% dal 1. gennaio al 31 maggio 2025 e al 50% dal 1. giugno 2025 in poi, rimarcando altresì che il rimanente percentuale di lavoro solo per i lavori sedentari e con carico psico-fisico basso.

In questi tre atti i medici curanti della ricorrente non si confrontano con la perizia del _____, non pongono nuove diagnosi e non indicano limiti funzionali di cui la perizia non avrebbe tenuto conto. La dr. med. _____, anzi, dà atto di un quadro neurologico intatto e prospetta, eventualmente e unicamente, della fisioterapia, ma non si pronuncia sulla capacità lavorativa della ricorrente. Nemmeno il dr. med. _____, che propone il ricovero della ricorrente, lo fa. Disquisiscono, piuttosto, di quale sia il miglior trattamento a cui sottoporre la ricorrente. Il dr. med. _____, invece, si limita ad attestare l'inabilità al lavoro della ricorrente per malattia, senza motivare quale sia questa malattia, perché comporti le limitazioni funzionali da lui segnalate (che sono comprese tra quelle individuate dai periti; cfr. supra, consid. 2.8 pag. 18-20) e che impatto, differenziato nel tempo, queste hanno sulla capacità lavorativa.

La perizia del _____ non nega che la ricorrente abbia un problema di salute, ma lo inquadra, descrive le limitazioni funzionali che causa e quantifica l'incapacità lavorativa che ne deriva, differenziandola nel tempo e tra attività abituale e adeguata; ciò che non viene fatto dai medici curanti. 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). In definitiva, quindi, nessuno dei loro tre scritti è atto a mettere in dubbio le conclusioni della perizia.

La ricorrente, inoltre, adduce che la perizia del _____ non spieghi la discrepanza tra le conclusioni in essa contenute e quelle a cui giungono i suoi medici curanti quanto alla capacità lavorativa e che ne abbia analizzato superficialmente il quadro psichiatrico. Il consulto peritale reumatologico e la valutazione psichiatrica, redatti da esperti indipendenti specializzati nel ramo, spiegano però dettagliatamente quali diagnosi sono state individuate,

quali limitazioni funzionali esse comportano e a quali gradi di incapacità lavorativa bisogna concludere (cfr. supra, consid. 2.7). La ricorrente, invece, non sostanzia i motivi che permetterebbero di dipartirsi dalle considerazioni dei periti al riguardo. Né del resto l'insorgente ha prodotto documentazione attestante un danno alla salute d'entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o un peggioramento successivo alle valutazioni del _____ e entro la data della decisione contestata (ricordato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato; cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). La documentazione medica prodotta con il ricorso è infatti in buona parte precedente alla perizia, i periti quindi ne avevano già preso conoscenza (docc. D-O). Questi documenti, quindi, non sono atti a mettere in dubbio le valutazioni del _____, così come non lo sono, come appena visto, i documenti successivi alla perizia (docc. Q-S).

I periti, poi, non spiegherebbero ■ a mente della ricorrente ■ il motivo per cui ipotizzano un miglioramento della condizione psichica della ricorrente dal 2024.

Senonché, nella parte della valutazione psichiatrica relativa alla discussione diagnostica, si può leggere che ■ nel corso del 2023 la curante ha continuato ad attestare un episodio grave mentre verso la fine del 2023 vi è stata una riduzione della frequenza delle sedute e, nonostante la prescrizione farmacologica, ella ha proceduto a sospendere la terapia (nel riferito almeno da fine anno scorso) senza che questo abbia originato un peggioramento dei sintomi che, dopo circa tre mesi, vanno considerati stabilizzati ■ (cfr. la valutazione del 25.03.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 6); anche in seguito, nella valutazione medica e medica-assicurativa, la perita riporta che ■ la sintomatologia è persistita verosimilmente nel 2023 anche sostenuta dalle sequele del post intervento alla caviglia ma successivamente, nonostante la compliance farmacologica riferita discontinua si è assistito ad un'evoluzione favorevole del quadro che ad oggi configura una residualità depressiva inquadrabile come lieve ■ (ibidem, p.to 7.1).

Contrariamente a quanto affermato dalla ricorrente, quindi, i periti hanno motivato il miglioramento della condizione psichica della ricorrente da inizio 2024. Ella non si confronta minimamente con questa motivazione, senza che altrimenti emergano dubbi sulla fondatezza della stessa.

Secondo la ricorrente, la perizia del _____ mancherebbe di una valutazione dell'interazione tra patologie fisiche e disturbi psichici.

Nella valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) all'interno della perizia del _____, però, si può leggere che ■ in attività abitualmente svolta, l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici (del 30%) e l'incapacità lavorativa per motivi reumatologici (del 75%), vanno a nostro avviso integrate perché entrambe vengono

considerate come un rendimento ridotto, con necessità di maggiori pause e maggiore lentezza sul lavoro. In un'attività adatta, l'A. presenta solo un'incapacità lavorativa del 30% per motivi psichiatrici (cfr. la valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) dell'11.12.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 4.9).

Contrariamente a quanto sembra ritenere la ricorrente, quindi, la questione è stata affrontata e risolta dagli specialisti incaricati di svolgere l'esame peritale pluridisciplinare.

La ricorrente aggiunge che i suoi medici curanti ne giudicano impossibile il reinserimento nel mondo del lavoro, citando a supporto i docc. I e N.

Senonché, come visto sopra (cfr. consid. 2.4), 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.

Correttamente, quindi, i periti del _____ si sono limitati a porre un giudizio sullo stato di salute (le diagnosi) e a indicare in quali attività (i limiti funzionali, dalla ricorrente lo si ribadisce non contestati) e in quale misura (totalmente per un primo periodo, nella misura del 70% per un secondo periodo e del 30% in seguito) la ricorrente è incapace al lavoro, senza come invece questa vorrebbe confutare la prognosi sull'integrazione, sfavorevole, data dai medici curanti. Spetta difatti essenzialmente al consulente in integrazione 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, 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 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 multisDTF 148 V 174 consid. 9.1 e 147 V 124 consid. 6.2) (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5).

E il consulente AI, nel suo rapporto del 5 febbraio 2025, ha evidenziato quanto segue:

Con questa valutazione la ricorrente non si confronta minimamente. D'altronde, i docc. I e N da lei citati risalgono al 7 settembre rispettivamente 25 ottobre 2023, sono pertanto molto precedenti al rapporto del consulente AI. Inoltre, i medici curanti motivano la prognosi sfavorevole unicamente con riferimento alle diagnosi da loro poste, senza indicare puntualmente quale correlazione vi sarebbe tra loro. La sola affermazione dei medici curanti non può quindi essere sufficiente per ritenere inconsistenti le motivate considerazioni del consulente AI.

Quanto poi al fatto che i periti si limiterebbero a un riassunto anamnestico privo di valore prognostico, ciò che non consentirebbe di comprendere la reale evoluzione della situazione e di fondare su basi oggettive la valutazione della capacità lavorativa residua, si rileva che l'Ufficio AI, nella comunicazione al _____ del mandato di accertamento

pluridisciplinare, aveva indicato una limitazione dell'esame all'andamento dell'incapacità lavorativa a partire dal 19.6.2022, giorno corrispondente all'inizio dell'inabilità di lunga durata della ricorrente (cfr. doc. 47 incarto AI, pag. 2). Indicazione alla quale il _____ si è puntualmente attenuto, differenziando la propria valutazione a seconda degli eventi nel corso della storia clinica della ricorrente che hanno impattato sulla di lei capacità lavorativa, a partire da quel momento e fino al giorno della perizia (cfr. la valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) dell'11.12.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 4.9.1 seg.). Ciò che ha permesso al _____ di contrariamente a quanto sembra ritenere la ricorrente, che comunque non spiega puntualmente in che punto della perizia e per quale motivo ciò non sarebbe avvenuto di tratteggiare l'evoluzione della situazione e di fondare su basi oggettive la propria valutazione.

Secondo la ricorrente, infine, non è dato sapere se la sua situazione non sia suscettibile di miglioramento o se al contrario siano stati trascurati ulteriori provvedimenti terapeutici, stante la mancanza di spiegazioni al riguardo. Nessuno dei quattro esperti interpellati, effettivamente, ha individuato delle proposte atte a migliorare la capacità lavorativa della ricorrente (cfr. la valutazione globale interdisciplinare (valutazione consensuale) dell'11.12.2024 sub doc. 98 incarto AI, p.to 4.10). Ciò, tuttavia, evidentemente non implica che ella non possa sottoporsi a ulteriori provvedimenti terapeutici, finalizzati a migliorarne lo stato di salute indipendentemente da un eventuale ricaduta positiva sulla capacità lavorativa.

2.9.2 Valutata la documentazione medica agli atti e quindi lo stato di salute della ricorrente, questo Giudice non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui l'Amministrazione è pervenuta. Va infatti condivisa l'attenta e dettagliata analisi effettuata dagli esperti esterni indipendenti del _____, in particolare nel consulto peritale reumatologico e nella valutazione psichiatrica, in cui gli specialisti si sono chinati sullo stato di salute della ricorrente, giungendo alla conclusione che le patologie diagnosticate ne inficiano la capacità lavorativa. I limiti funzionali individuati dai periti in determinate circostanze giustificano un'incapacità lavorativa totale in ogni attività dal 19 giugno 2022, del 70% in un'attività adeguata allo stato di salute della ricorrente dal 21 settembre 2023 e del 30%, sempre in un'attività adeguata allo stato di salute, dal 1. gennaio 2024. Al riguardo va rilevato che se, come visto, le diagnosi poste non sono contestate, tuttavia la ricorrente esprime un apprezzamento diverso circa la sua capacità lavorativa residua, che i periti hanno per l'appunto negato per un primo periodo, accertato nella misura del 30% per un secondo periodo e del 70% in seguito tenuto conto di determinati limiti funzionali, mentre la ricorrente l'ha ritenuta essere minore senza tuttavia fornire particolari dettagli riferiti alla sua situazione concreta.

Visto quanto precede, le affermazioni della ricorrente e la refertazione dei medici curanti non sono suscettibili di mettere in dubbio le conclusioni dello specialista in reumatologia e della specialista in psichiatria e psicoterapia, che hanno reso un consulto peritale rispettivamente una valutazione, avallati dal SMR, a cui va dunque prestata integrale adesione.

Questo Giudice, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche nel diritto delle assicurazioni sociali (art. 61 lett. cin fineLPGA; cfr. anche STF 9C_549/2020 del 1. settembre 2021 consid. 3.1 e STCA 32.2022.39 consid. 2.7.2), ritiene con il grado probatorio della verosimiglianza preponderante abitualmente applicabile al diritto delle assicurazioni sociali (DTF 146 V 271 consid. 4.4) che la valutazione medica

effettuata dai periti del _____ sull'incapacità lavorativa in attività abituale e adeguata sia (più) confacente alla realtà documentale (e quindi preferibile) rispetto alla posizione della ricorrente.

Va quindi confermato che la capacità lavorativa della ricorrente è nulla in ogni attività dal 19 giugno 2022, del 30% in un'attività adeguata allo stato di salute dal 21 settembre 2023 e del 70%, sempre in un'attività adeguata allo stato di salute, dal 1. gennaio 2024.

2.10. Riguardo alle conseguenze economiche del danno alla salute, innanzitutto la ricorrente vorrebbe ■ senza una particolare motivazione ■ che l'inizio del diritto alla rendita fosse posto al 19 giugno 2023. Al riguardo basti però dire che, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, esso nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni. Pervenuta all'Ufficio AI il 23 febbraio 2023 tramite uno scritto datato 21 febbraio 2023 dell'assicuratore che in quel momento erogava indennità giornaliera per malattia alla ricorrente, la domanda di prestazioni va considerata presentata a febbraio 2023. Pertanto, correttamente, l'Ufficio AI ha riconosciuto una rendita solo a partire da agosto 2023.

Il riconoscimento di una rendita intera da quel momento e (almeno) fino al 31 marzo 2024, a un esame degli atti, non appare poi criticabile.

Occorre quindi ora esaminare se correttamente il riconoscimento della rendita è stato limitato al 31 marzo 2024, pertanto se la graduazione dell'invalidità eseguita dall'Ufficio AI dal 1. gennaio 2024 è corretta.

2.11.

2.11.1. Va innanzitutto rilevato che il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute, altrimenti detto reddito da valido, come ricordato nella recente STF 9C_445/2022 del 27 settembre 2023 al considerando 4.2.1, non è il guadagno realizzato nell'ultima attività svolta, ma il reddito che la persona assicurata conseguirebbe, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, se non fosse diventata invalida. Di regola, ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, adeguandolo all'evoluzione reale dei salari. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1). Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante (DTF 144 I 103 consid. 5.3, 134 V 322 consid. 4.1).

Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute, dunque, occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato nel modo più concreto possibile (STF 8C_234/2022 del 27 gennaio 2023 consid. 6.1). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia, gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere reali (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 n. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Se la perdita del lavoro è dovuta a motivi non legati

all'invalidità, il valore del salario da valido va determinato sulla base dei valori statistici (STF 8C_561/2022 del 4 agosto 2023 consid. 5.3.1).

2.11.2. Nel caso concreto, nelle decisioni impugnate si può leggere che ■considerato che lei non è in possesso di una formazione professionale specifica e considerato che è sempre stata attiva come impiegata stagionale, alternando periodi di disoccupazione, il reddito viene fissato in funzione dei vincolanti dati editi dall'■Ufficio federale di statistica■ (cfr. la motivazione allegata alle decisioni impugnate, pag. 2). L'■Ufficio AI è quindi giunto a un reddito da valida di fr. 55'552.45. La ricorrente ne critica l'■operato solo nella misura in cui lei giungerebbe, sempre sulla base delle statistiche, a un reddito di fr. 55'872.

Per quanto attiene all'uso dei dati statistici, come ha ricordato il Tribunale federale al considerando 4.3 della citata STF 9C_445/2022 del 27 settembre 2023, vanno vagliati i dati più recenti pubblicati al momento della decisione (in casuil 3 luglio 2025) in relazione alla situazione della decorrenza della rendita (DTF 143 V 295 consid. 2.3). Nel caso in rassegna vanno perciò utilizzati i dati di cui alla tabella TA1_tirage_skill_level della RSS 2022, in quanto sono stati pubblicati il 29 maggio 2024 e quindi erano disponibili già al momento in cui l'amministrazione si è pronunciata.

Il reddito da valida annuale per il 2022 ammonta quindi a fr. 52'404, ottenuto considerando un salario mensile lordo di fr. 4'367, totale dei rami economici, livello di competenze 1 (attività semplici di tipo fisico o manuale; STF 8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 4.2), settore femminile. Indicizzandolo al 2023 (+1.8%) e al 2024 (+2.6%), ammonta a fr. 54'734.30. Riportato su un orario medio di lavoro settimanale di 41.7 ore nel 2024 per il totale dei rami economici, si ottiene un reddito da valida di fr. 57'060.51 (ovvero: fr. 54'734.30 : 40 x 41.7). Si noti che, se si utilizzassero le cifre relative al ramo economico 55-56 (■Servizi di alloggio e di ristorazione■) o l'■ultimo reddito conseguito (fr. 4'100 mensili, cfr. doc. C p.to 4), si giungerebbe a un reddito da valida più basso e quindi sfavorevole alla ricorrente.

2.12.

2.12.1. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b).

L'■Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'■inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'■Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV n. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006).

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