



---

Corte III  
C-4008/2024

## Sentenza del 4 giugno 2026

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Selin Elmiger-Necipoglu, Caroline Bissegger,  
cancelliera Ambra Martignoni.

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, (Italia),  
rappresentata dall'avv. Nicola Urbani,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; soppressione della rendita  
(decisione del 22 maggio 2024).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_ (di seguito: assicurata, interessata, insorgente, ricorrente), cittadina italiana nata il (...) 1977, sposata e con due figli (nati nel 2001 e nel 2008), ha lavorato in Svizzera tra il 1997 e il 2018, da ultimo, a partire dal 2015, in qualità di operaia (operatrice di produzione) presso B.\_\_\_\_\_ SA, con una percentuale lavorativa dell'85%, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 9 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito incarto UAIE]). Ha interrotto il lavoro il 29 maggio 2018 per motivi di salute (episodio depressivo maggiore) ed è stata licenziata con effetto al 31 dicembre 2018 (doc. UAIE 10, pag. 33).

**B.**

**B.a** Il 18 aprile 2019, l'interessata ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1 UAIE). Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_ (UAI-C.\_\_\_\_\_) ha acquisito agli atti l'incarto dell'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia, la compagnia D.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 145 e segg.).

**B.b** Con progetto di decisione del 20 gennaio 2020 (doc. UAIE 35), l'UAI-C.\_\_\_\_\_ ha prospettato all'assicurata l'attribuzione di una rendita intera d'invalidità (con un grado d'invalidità del 90%) dal 1° ottobre 2019 (ossia sei mesi dopo la presentazione della domanda di prestazioni, avvenuta il 18 aprile 2019), limitatamente al 30 novembre 2019, in quanto l'assicurata avrebbe recuperato una completa capacità lavorativa in qualsiasi attività dal 1° dicembre 2019. L'UAI-C.\_\_\_\_\_ ha accertato il diritto alla rendita avvalendosi del metodo misto e considerando l'assicurata come salariata all'87.5% e casalinga al 12.5%.

**B.c** Con osservazioni del 4 febbraio 2020 (doc. UAIE 39), l'assicurata ha prodotto nuova documentazione medica e contestato in particolare l'accertamento svolto dall'autorità inferiore, asserendo che, a partire dal 1° dicembre 2019, non si sarebbe verificato alcun recupero della capacità lavorativa né un miglioramento dello stato di salute, il quale comporta tuttora una totale incapacità lavorativa. Ha quindi chiesto di essere sottoposta ad un nuovo esame medico specialistico dettagliato.

**B.d** Il 3 giugno 2020, l'UAI-C.\_\_\_\_\_ ha affidato un mandato di accertamento al Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS) per procedere all'allestimento di una perizia medica psichiatrica (doc. UAIE 49). A seguito

delle risultanze della suddetta perizia psichiatrica, svolta dal dott. E. \_\_\_\_\_ (e firmata altresì dalla dott.ssa F. \_\_\_\_\_), e di un'inchiesta domiciliare del 12 ottobre 2020 – di cui si dirà, per quanto necessario, nei considerandi in diritto – l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha annullato il progetto di decisione del 20 gennaio 2020 ed ha emesso un nuovo progetto di decisione del 19 ottobre 2020 (doc. UAIE 63). Con quest'ultimo, l'autorità inferiore ha prospettato all'assicurata il riconoscimento di una rendita d'invalidità di tre quarti (grado 67%) dal 1° maggio 2019, un quarto di rendita (grado 46%) dal 1° febbraio 2020 ed una rendita di tre quarti (grado 67%) dal 1° giugno 2020. L'assicurata è stata altresì diffidata a sottoporsi regolarmente alle dovute cure (psicofarmacoterapia antidepressiva), al fine di migliorare il suo stato di salute e, di conseguenza, la sua capacità lavorativa. Le è stato altresì comunicato che, in occasione di una revisione d'ufficio della rendita, sarebbe stato verificato se avesse dato seguito a quanto richiesto. Tale progetto e le susseguenti decisioni del 15 dicembre 2020 dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) sono cresciute in giudicato incontestate (doc. UAIE 67, 68 e 70).

**B.e** Il 18 febbraio 2022, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha promosso una procedura di revisione e ha assunto agli atti il questionario per la revisione della rendita compilato dall'assicurata (doc. UAIE 87), ha raccolto nuova documentazione medica, fra cui, in particolare, un rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_, psichiatria, del 28 febbraio 2022 (doc. UAIE 88), un rapporto della dott. H. \_\_\_\_\_, oncologia, dell'8 agosto 2022, un rapporto della psicoterapeuta I. \_\_\_\_\_, del 21 giugno 2023 (doc. UAIE 109). L'autorità inferiore ha altresì ordinato una nuova perizia psichiatrica di decorso e quest'ultima è stata nuovamente affidata al CPAS e svolta dal dott. E. \_\_\_\_\_ (e firmata anche dalla dott.ssa F. \_\_\_\_\_).

**B.f** Con progetto di decisione del 2 febbraio 2024 (doc. UAIE 126), l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha comunicato all'assicurata che, in base alle risultanze della perizia psichiatrica di decorso del 15 novembre 2023 (doc. UAIE 118), è stato oggettivato un miglioramento del suo stato di salute. Dagli accertamenti medici è emerso che, a partire dal 15 novembre 2023 (data della perizia), l'interessata presenta un'incapacità lavorativa del 15% per l'attività abituale (quale operaia), del 15% in attività adeguate allo stato di salute e dello 0% per l'attività di casalinga. Con un grado d'invalidità del 22%, l'autorità inferiore ha quindi prospettato all'assicurata la soppressione dei tre quarti di rendita (di grado 67%) dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione.

**B.g** Con osservazioni del 16 febbraio 2024 (doc. UAIE 128) e successivo complemento del 24 marzo 2024 (doc. 132 UAIE), l'interessata ha contestato il progetto di decisione, adducendo in special modo che il rapporto peritale svolto dal dott. E.\_\_\_\_\_, così come il rapporto del Servizio Medico Regionale (SMR) del 27 novembre 2023 (doc. UAIE 117) redatto dal dott. L.\_\_\_\_\_, psichiatria, presentano delle lacune. Tali rapporti medici hanno sopravvalutato alcune risultanze emerse durante i colloqui intrattenuti in sede peritale. A sostegno delle sue argomentazioni, ha presentato un rapporto medico del dott. M.\_\_\_\_\_, neurologia e psichiatria, del 22 marzo 2024 e un rapporto medico-dentistico del dott. N.\_\_\_\_\_, anch'esso del 20 marzo 2024.

**B.h** I nuovi certificati medici del dott. M.\_\_\_\_\_ e del dott. N.\_\_\_\_\_ sono stati trasmessi dall'autorità inferiore al SMR, il quale a sua volta ha ritenuto necessaria una presa di posizione del perito (doc. UAIE 134). Quest'ultimo, nel complemento peritale del 9 aprile 2024, ha ritenuto che nessuno dei rapporti medici e delle censure sollevate inducesse a modificare le sue precedenti conclusioni peritali (doc. UAIE 137). Con annotazione SMR del 17 aprile 2024 (doc. UAIE 138), anche il dott. L.\_\_\_\_\_, in considerazione della presa di posizione peritale, ha confermato la sua precedente presa di posizione.

**B.i** Con decisione del 22 maggio 2024 (doc. 141 UAIE), conto tenuto delle risultanze dei succitati accertamenti, l'UAIE ha deciso, come già prospettato nel progetto di decisione (cfr. consid. B.f), la soppressione della rendita a partire dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione e nessun diritto a provvedimenti professionali. L'autorità inferiore ha inoltre disposto che, in applicazione dell'art. 49 cpv. 5 LPGA in combinazione con l'art. 52 cpv. 4 LPGA, ad un ricorso contro suddetta decisione fosse negato l'effetto sospensivo.

## **C.**

**C.a** Il 24 giugno 2024, l'interessata, rappresentata dall'avv. N. Urbani, ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'autorità inferiore del 22 maggio 2024, chiedendo in via preliminare la concessione dell'effetto sospensivo al ricorso e la constatazione della violazione del diritto di essere sentito (con annullamento della decisione querelata, segnatamente per non averle trasmesso la documentazione medica né prima né dopo l'emanazione della decisione impugnata). In via principale ha chiesto l'accoglimento del gravame, l'annullamento

della decisione contestata e la riammissione al beneficio dell'attuale rendita d'invalidità (doc. TAF. 1).

**C.b** Con provvedimento del 4 luglio 2024, questo Tribunale ha invitato l'autorità inferiore a prendere posizione sulla richiesta di restituzione dell'effetto sospensivo formulata dalla ricorrente nonché sulla censura di mancato invio alla ricorrente della documentazione medica prima e dopo l'emanazione della decisione impugnata, malgrado espressa richiesta da parte di quest'ultima (doc. TAF 3).

**C.c** Il 30 luglio 2024, l'interessata ha versato il richiesto anticipo di fr. 800.- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 4 e segg.).

**C.d** Con complemento ricorsuale del 2 agosto 2024, la ricorrente ha precisato e confermato tesi e conclusioni esposte nel gravame del 25 giugno 2024. Ha altresì indicato di aver nel frattempo ottenuto dall'autorità inferiore copia della documentazione medica richiesta e di considerare pertanto sanata la violazione del diritto di essere sentito (doc. TAF 6).

**C.e** Con risposta di causa del 12 settembre 2024, l'autorità inferiore, rinviando al preavviso dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ del 23 agosto 2024 e alle osservazioni dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ al complemento ricorsuale del 6 settembre 2024, ha chiesto il rigetto del ricorso, la conferma della decisione impugnata nonché il respingimento della richiesta di ripristino dell'effetto sospensivo (doc. TAF 8).

**C.f** Con decisione incidentale del 16 ottobre 2024, questo Tribunale ha respinto l'istanza tendente alla restituzione dell'effetto sospensivo al ricorso. Tale decisione è cresciuta incontestata in giudicato (doc. TAF 9).

**C.g** Con replica del 30 dicembre 2024, la ricorrente si è riconfermata nelle proprie conclusioni ricorsuali ed ha trasmesso un ulteriore rapporto del dott. M. \_\_\_\_\_ del 12 dicembre 2024 a supporto della contestazione relativa al miglioramento delle sue condizioni di salute (doc. TAF 18).

**C.h** Con duplica del 28 gennaio 2025, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame, rinviando alle osservazioni del 24 gennaio 2025 dell'UAI-C. \_\_\_\_\_, che, a sua volta, fa riferimento alle conclusioni del SMR del 20 gennaio 2025, redatte dal dott. L. \_\_\_\_\_ (doc. TAF 20).

**C.i** Con scritto del 18 gennaio 2026, l'insorgente ha domandato lo stato di avanzamento della pratica riguardante il suo ricorso, sollecitando una decisione. Ha inoltre trasmesso un rapporto medico del dott. M. \_\_\_\_\_ del

15 dicembre 2025 (doc. TAF 22). Questo Tribunale le ha comunicato, con scritto del 20 febbraio 2026, che si sarebbe adoperato al fine di pronunciare la sentenza entro un tempo ragionevolmente contenuto, ritenuto che sarebbe di principio stata data priorità all'evasione delle cause inoltrate anteriormente alla sua.

**C.j** Del contenuto degli atti, e in particolare del tenore delle censure sollevate dall'insorgente, si dirà più in dettaglio, per quanto necessario ai fini del giudizio, nei considerandi in diritto.

### **Diritto:**

#### **1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

**1.2** Questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, pronunciate dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

**1.3** La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA. Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente e in piena misura con la loro entrata in vigore (DTF 129 V 113 consid. 2.2; 130 V 1 consid. 3.2).

**1.4** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA; art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

## 2.

**2.1** La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliata in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, la medesima avendo lavorato in Svizzera tra il 2006 e il 2018 ed essendo stato assicurato all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità svizzera (AVS/AI; DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni per il diritto ad una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

## 2.2

**2.2.1** Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

**2.2.2** Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706). In caso di revisione della rendita - così come in caso di attribuzione

di una rendita a tempo determinato - se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica rilevante è determinata secondo l'art. 88a OAI (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifre marginali 9100 e 9102 in combinazione con le cifre marginali 5500 a 5505; cfr., fra le tante, DTF 146 V 364 consid. 7.1 con rinvii; 144 V 210 consid. 4.3.1 nonché le sentenze del TF 8C\_247/2024 del 12 dicembre 2024 consid. 2.1; 9C\_765/2023 del 20 novembre 2024 consid. 2.2; 8C\_623/2022 del 12 gennaio 2023 consid. 3.1; 9C\_191/2022 del 28 luglio 2022 consid. 2.2).

**2.2.3** Nell'ambito della procedura di revisione della rendita in esame, e per quanto qui di rilievo, lo stato di fatto determinante e che produce conseguenze giuridiche, è costituito dal fatto se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita abbia subito una notevole modificazione (art. 17 cpv. 1 LPGA; versione fin vigore fino al 31 dicembre 2021) o abbia subito una modificazione di almeno cinque punti percentuali (art. 17 cpv. 1 lett. a LPGA nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022). Peraltro, secondo i principi generali in materia di diritto intertemporale, le regole di diritto determinanti in caso di modifica del diritto sono quelle in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere apprezzato giuridicamente e che ha delle conseguenze giuridiche (DTF 149 II 320 consid. 3; 148 V 174 consid. 4.1 con rinvii). In applicazione dei principi generali di diritto intertemporale, allorché uno stato di fatto duraturo si è prodotto in parte prima e in parte dopo l'entrata in vigore della nuova legislazione, il diritto ad una rendita deve essere esaminato per il primo periodo secondo le disposizioni del vecchio diritto e per il secondo periodo sulla base delle nuove regole. Restano riservate le disposizioni transitorie particolari (DTF 150 V 323 consid. 4.2; sentenza del Tribunale federale 9C\_505/2023 del 26 giugno 2024 consid.2.2 con rinvii).

**2.2.4** Nel caso concreto, l'autorità inferiore, con la decisione resa il 22 maggio 2024, ha stabilito che il miglioramento dello stato di salute dell'assicurata si è verificato a partire dal 15 novembre 2023, data dell'effettuazione della perizia psichiatrica di decorso, e ha deciso che la rendita di tre quarti (grado 67%) sarebbe stata soppressa dalla fine del mese successivo all'intimazione della decisione. Ne consegue che, alla presente fattispecie, sono applicabili le disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2022. Giova

peraltro rilevare, per sovrabbondanza, che anche qualora si volesse applicare al presente caso il diritto previgente, ossia quello in vigore fino al 31 dicembre 2021, l'esito della causa sarebbe lo stesso, ossia la soppressione della rendita nel senso della decisione dall'autorità inferiore.

**2.3** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 22 maggio 2024. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina, infatti, la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

**3.** Giova peraltro rilevare che la ricorrente ha versato contributi AVS/AI svizzera per 19 anni e 9 mesi (doc. UAIE 67, pagg. 213 e 215) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della prevista durata minima di contribuzione, di almeno tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI).

**4.** L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

## **5.**

**5.1** L'UAIE ha reso il 22 maggio 2024 una decisione di revisione, ai sensi dell'art. 17 LPGa, della rendita d'invalidità di tre quarti fino ad allora accordata alla ricorrente.

**5.2** Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali (lett. a) o aumenta al 100% (lett. b).

**5.3** Nell'ambito di una revisione della rendita, al fine di accertare se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, occorre confrontare, da un lato, la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita – rispettivamente dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi – e, dall'altro, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 147 V 167 consid. 4.1; 133 V 108 consid. 5.4; sentenza del TF 9C\_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.1). Una semplice comunicazione, ai sensi dell'art. 74<sup>ter</sup> lett. f OAI e dell'art. 74<sup>quater</sup> cpv. 1 OAI, costituisce eccezionalmente base di riferimento nel tempo se risulta da un esame materiale del diritto alla rendita fondata su una constatazione dei fatti pertinente, un apprezzamento delle prove conforme al diritto e, ove necessario, un confronto dei redditi parimenti conforme al diritto (sentenze del TF 9C\_140/2017 del 18 agosto 2017 consid. 4.2, 9C\_329/2015 del 20 novembre 2015 consid. 5.2 e 8C\_162/2015 del 30 settembre 2015 consid. 2.1).

**5.4** Nel caso concreto, il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione del 15 dicembre 2020 (doc. UAIE 70) – con cui è stato riconosciuto il diritto di percepire una rendita di tre quarti dal 1° giugno 2020 – e il 22 maggio 2024, data della decisione impugnata, con cui la rendita di tre

quarti è stata soppressa in esito alla procedura di revisione avviata nel 2022 (doc. UAIE 141).

**5.5** Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5; sentenza del TF 9C\_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 5.3.1), segnatamente in caso di miglioramento della capacità lavorativa a seguito di un adeguamento o di un adattamento alla disabilità (DTF 147 V 167 consid. 4.1). La modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lavorativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3; sentenza del TF 9C\_832/2018 del 27 febbraio 2019 consid. 5.2). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 5 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 141 V 9 consid. 2.3; sentenza del TF 8C\_534/2014 del 13 agosto 2014 consid. 3.2).

**5.6** Ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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. La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione di revisione (art. 88bis cpv. 2 let. a OAI; cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5.3 e sentenza del TF 9C\_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.2 con i riferimenti citati).

## 6.

**6.1** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 9C\_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con

l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

**6.2** Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento d'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione (sentenze del TF 9C\_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C\_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

**6.3** I rapporti del servizio medico regionale (SMR) o del servizio medico dell'UAIE hanno per funzione – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e di formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 142 V 58 consid. 5.1). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti medici interni all'amministrazione, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C\_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3).

**6.4** Diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa, ai sensi dell'art. 44 LPGa, da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 137 V 210 consid. 2.2.2; 125 V 351 consid. 3b/bb). Tali perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse

dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva (sentenza del TF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1).

**6.5** Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento dello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti. Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 4 con rinvii).

**6.6** In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

**6.7** In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione

d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]). Si può tuttavia rinunciare ad effettuare la valutazione della capacità al lavoro di una persona nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori allorquando le limitazioni all'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi, o costellazioni simili, ciò che esclude l'esistenza di un danno alla salute suscettibile di cagionare un'invalidità (DTF 141 V 281 consid. 2.2 nonché sentenze del TF 9C\_534/2015 del 1° marzo 2016 consid. 2.2.2 con rinvii e 8C\_562/2014 del 29 settembre 2015 consid. 8.4). Va tuttavia rammentato che secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, va fatta una distinzione tra una tendenza all'esagerazione dei sintomi - con la conseguenza precedentemente indicata - e una semplice accentuazione dei sintomi, la quale, per contro, non consente di per sé di escludere il diritto ad una rendita (sentenza del TF 9C\_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 4.2.1 con rinvii). Ad una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori può essere rinunciato anche allorquando è stata diagnosticata un'affezione (psichica) senza ripercussione sulla capacità lavorativa (DTF 143 V 409 consid. 4.5.3).

## 7.

**7.1** Oggetto impugnato è, da un lato, la decisione dell'autorità inferiore del 22 maggio 2024 con cui è stata soppressa all'insorgente la rendita d'invalidità dal 1° luglio 2024, dall'altro, il rifiuto di riconoscere provvedimenti professionali.

**7.2** Oggetto del litigio è, per contro, unicamente la soppressione della rendita di tre quarti accordata alla ricorrente sino al 30 giugno 2024. Il rapporto

giuridico a sé stante relativo al rifiuto di concedere provvedimenti professionali è – siccome rimasto incontestato – cresciuto in giudicato.

### 7.3

**7.3.1** L'autorità inferiore ha fondato la decisione impugnata essenzialmente sulla perizia monodisciplinare di decorso in ambito psichiatrico del 15 novembre 2023, assegnata al CPAS e svolta dal dott. E. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 118). Oggetto del mandato di accertamento peritale è l'esame dell'andamento dell'incapacità lavorativa della ricorrente a partire dal 15 dicembre 2020, ossia dalla data dell'ultima decisione con cui le era stata conferita tre quarti di rendita d'invalidità (doc. UAIE 116).

**7.3.2** Il riconoscimento del diritto a tre quarti di rendita nella decisione del 15 dicembre 2020 era basato sulle risultanze della perizia monodisciplinare psichiatrica del dott. E. \_\_\_\_\_ del 18 settembre 2020 (doc. UAIE 52). In quella sede il perito aveva in particolare osservato che l'insorgente, a partire dai primi mesi del 2018, aveva sviluppato un burn out con ansia sul lavoro che ben presto ha portato allo sviluppo di un quadro di grave disadattamento con sintomi ansiosi (palpitazioni e crisi di ansia acute con timore di morire) depressivi (labilità emotiva, calo d'energia, apatia, insonnia terminale, deficit di concentrazione, rimuginii di inadeguatezza e su quanto accaduto sul lavoro) ma anche somatici (incremento della cefalea frontale, ripresa di disfagia anche per i liquidi e inappetenza oltre che vomito) e di evitamento dell'esterno per timore del ripresentarsi del senso di paralisi esperito all'esordio, fino a giungere all'annullamento di ogni impegno esterno, per la vergogna, l'anergia e la labilità emotiva. Lo specialista aveva descritto un quadro che si caratterizzava da umore deflesso, anergia, anedonia, profonda perdita di autostima e idee di autobiasimo, sensi di colpa verso la propria famiglia, costante raffronto con il funzionamento antecedente, lamentazioni di diminuita capacità di pensare, disturbi del sonno, riduzione dell'appetito con decremento ponderale. A questi si associavano anche chiari segni di sintomatologia biologica come ridotta libido, perdita di peso, peggioramento mattutino del quadro depressivo e del rimuginio negativo con risveglio precoce. Il perito affermava pertanto che poteva essere posta la diagnosi di episodio depressivo grave, pur senza sintomi psicotici, ma con una polarizzazione ideica marcata, dovuta anche alla struttura di pensiero anancastica, che alimentava ricordi relativi ai fatti all'origine dello scompenso, che solo inizialmente era reattivo, ma che in seguito ha assunto caratteristiche indipendenti e di tipo endogeno.

Il dott. E. \_\_\_\_\_ ha svolto altresì la valutazione di capacità, risorse e problemi secondo lo schema Mini ICF-APP e ha determinato le seguenti risorse e deficit:

1. Rispetto delle regole: grado di disabilità assente: non emergevano elementi psicopatologici che facessero pensare che l'assicurata non fosse in grado di rispettare le regole e le gerarchie di un'organizzazione e, anche in occasione dello scompenso iniziale, le sue reazioni avevano portato ad un malessere soggettivo piuttosto che ad una marcata aggressività esterna.
2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità grave: a causa dell'anergia tendeva alla procrastinazione ed al farsi sostituire da terzi anche nelle attività domestiche. Faticava a trovare vere priorità ed a dare un ritmo alla giornata, che trascorreva per lo più inattiva sul divano.
3. Flessibilità: grado di disabilità moderato-grave: l'assicurata, che permaneva polarizzata su quanto accaduto nell'ultimo posto di lavoro, faticava a fare sforzi che superassero le due ore per lo sviluppo di ansia, astenia e sintomatologia parestesica che le ricordava quanto accaduto sul lavoro nel maggio 2018.
4. Competenze: grado di disabilità lieve: fatica a ricordare date e scadenze anche se la sintomatologia cognitiva associata alla depressione non era il sintomo più rappresentativo del quadro clinico.
5. Giudizio: grado di disabilità lieve: esame di realtà integro anche se il continuo raffronto con il funzionamento passato amplificava la difficoltà anche in attività semplici ed automatiche come quelle domestiche.
6. Persistenza: grado di disabilità grave: la tenuta era fortemente ridotta così come il rendimento nell'unità di tempo, a causa dell'anergia, dell'abulia e dell'astenia depressive.
7. Assertività: grado di disabilità grave: la sua capacità di difendere i propri interessi era minima; si vergognava della propria condizione e per questo tendeva ad evitare attivamente il contatto con l'esterno.
8. Contatto con gli altri: grado di disabilità grave: pur essendo colloquiabile, l'immagine che aveva di sé non le permetteva un confronto paritario con gli altri che venivano vissuti come meglio performanti a causa delle sue idee di inadeguatezza.

9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità grave: avrebbe potuto comprendere gli obiettivi di un'organizzazione ma il suo contributo al raggiungimento degli stessi sarebbe stato marcatamente ridotto dall'energia e dall'astenia depressive.
10. Relazioni intime: grado di disabilità lieve: la famiglia sembrava sopportarla anche se, a suo dire (anche se in parte potrebbe trattarsi di una visione depressiva) iniziavano a dare segni di non tollerarla.
11. Attività spontanee: grado di disabilità grave: aveva eliminato ogni attività di volontariato in cui era molto attiva e, anche a livello domestico, faceva il minimo indispensabile e si faceva vicariare da terzi.
12. Cura di sé: grado di disabilità moderato: pur non essendo trascurata nell'igiene aveva un abbigliamento ed un aspetto dimessi e riferiva di star sempre in tuta o in pigiama, visto che non usciva quasi mai.
13. Mobilità: grado di disabilità moderato: pur non presentando agorafobia, usava l'auto il minimo indispensabile e si faceva accompagnare fuori casa nel timore di avere crisi d'ansia, tremori o blocco degli arti inferiori simili a quelli esperiti all'esordio del disturbo.

Lo specialista aveva specificato che con un trattamento adeguato, tutte le dimensioni gravemente inficcate si sarebbero plausibilmente modificate e, vista l'assenza di segni di cronicizzazione, riteneva che si potesse attendere un netto miglioramento globale del quadro clinico valetudinario (doc. UAIE 52, pag. 162). Il dott. E. \_\_\_\_\_ aveva pertanto formulato la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di grado grave, senza sintomi psicotici (ICD 10 F.32.2; doc. UAIE 52, pag. 158 e seg.). Lo specialista aveva specificato che la prognosi per un miglioramento non era tuttavia infausta e che vi erano margini di trattamento ampi, visto che si era in presenza di un quadro subacuto e non ancora cronicizzato. A suo giudizio, con una modifica della terapia si poteva ottenere verosimilmente un netto miglioramento del quadro clinico e con esso, una capacità lavorativa nell'arco di 6-8 mesi nella misura minima di un 50%, ma probabilmente anche superiore in un anno (doc. UAIE 52, pag. 160).

**7.3.3** La successiva perizia psichiatrica di decorso del 15 novembre 2023 è stata nuovamente effettuata dal dott. E. \_\_\_\_\_. Per lo svolgimento della valutazione peritale di novembre 2023, l'insorgente è stata sottoposta altresì a un test psicologico (Test IOP-29; doc. UAIE 118, pag. 495-498) e a test ematici per il controllo dei dosaggi farmacologici degli antidepressivi e

degli ansiolitici (amitripilina, sertralina, lorazepam, lormetazepam e desmetilsertralina; doc. UAIE 118, pag. 499 e seg.).

Lo specialista ha riferito in particolare che l'insorgente è apparsa lucida e orientata dal profilo temporo-spaziale, rimanendo concentrata per tutto il colloquio, al termine del quale non è apparsa minimamente provata, a differenza della precedente valutazione peritale. Non è emerso rimuginio su quanto accaduto sul lavoro, ma è rimasto il confronto fra l'attuale e il precedente funzionamento, con qualche tematica di colpa nei confronti della famiglia. Il perito ha osservato in particolare che, mentre in passato la ricorrente aveva riferito di non rispondere al telefono e di doversi inventare scuse per gli impegni, nella perizia attuale è parso invece che frequenti molto spesso le amiche, che queste si rechino spesso a casa sua, anche accompagnate dai loro bambini, e che lei provi piacere a stare con i bambini e con i propri animali. Non ha negato di partecipare alle attività dell'associazione in cui era solita fare volontariato, ma solo quando se la sente e non ha cefalea. Lamenta ancora stanchezza e svogliatezza, l'umore è lievemente depresso. Permangono idee di incapacità e di inadeguatezza ma riesce comunque a mantenere una facciata, inoltre la libido è ridotta ma non assente (doc. UAIE 118 pag. 485). Durante la visita peritale, lo specialista ha riscontrato diverse incoerenze: in particolare, il fatto che l'assicurata si preoccupi molto per gli altri, ma tolleri di avere un figlio in O. \_\_\_\_\_, appare essere in contrasto con la tipica chiusura e apatia depressiva. Inoltre, il fatto che riceva spesso visite di amiche con bambini piccoli, con cui gioca e a volte si traveste per farli divertire, appare poco compatibile con un quadro depressivo maggiore. Inoltre, il fatto che l'associazione in cui era molto attiva prima della malattia la definisca "vulcanica" e che nell'aprile del 2023 abbia partecipato alla consegna di una culla a un ospedale, è in contrasto con quanto affermato dall'assicurata all'inizio del colloquio, quando, piangendo, ha dichiarato di collaborare ben poco con tale associazione. L'insorgente ha anche affermato di soffrire di importanti episodi di cefalea, un sintomo che, secondo lei, è molto limitante e frequente e che, quando si presenta, la invalida completamente. Il perito ha sottolineato di essere rimasto colpito dal fatto che la ricorrente gli abbia detto di non essersi più rivolta al Centro P. \_\_\_\_\_ dopo la pandemia e che solo recentemente il medico le abbia consigliato di rivolgersi al dott. M. \_\_\_\_\_. Secondo lo specialista, questo contrasta con il fatto che l'assicurata in passato non abbia esitato a chiedere e a fare approfondimenti a fronte di sintomi molto meno invalidanti e disturbanti, come ad esempio quando aveva avvertito la sensazione di cedimento delle gambe dopo la vaccinazione contro il COVID-19, per cui si era sottoposta a visita fisiatrica, risonanza magnetica nucleare (RMN) e pressoterapia (doc. UAIE 118 pag. 487).

Alla luce delle diverse incoerenze emerse, il perito ha sottoposto l'assicurata ad un test di validazione dell'affidabilità (Test IOP-29). L'assicurata ha ottenuto un punteggio di 0.67, superiore al cut-off standard (0.5), ma inferiore a quello ritenuto sufficientemente specifico in ambito peritale (0.8). Lo specialista ha quindi ritenuto possibile che vi sia un'attitudine lievemente amplificativa verso i problemi riferiti (doc. UAIE 118, pag. 486). Nel corso della discussione diagnostica, lo specialista ha osservato che, dalla precedente valutazione peritale, non è emerso alcun incremento posologico né una modifica della terapia farmacologica e che la presa in carico è rimasta piuttosto blanda, tanto che l'assicurata si è accorta che il suo medico psichiatra, il dott. G.\_\_\_\_\_, fosse andato in pensione solo quando l'UAI-C.\_\_\_\_\_ ha sollecitato l'invio del rapporto che aveva trasmesso da compilare al medico. Nonostante l'insorgente abbia affermato di aver assunto regolarmente la terapia farmacologica, il perito ha rilevato che quest'ultima ha avuto un contatto con una psichiatra soltanto nell'ottobre 2023, quindi ben un anno dopo il pensionamento del collega, e anche con la psicologa, che ha visto per la prima volta nel gennaio 2023 e con la quale ha avuto soltanto tre incontri. Il perito ha valutato che l'episodio depressivo può essere definito di grado lieve, senza sindrome biologica e con ansia moderata (doc. UAIE 118, pag. 488) e rilevato che la terapia in atto è in linea con il trattamento di un episodio depressivo lieve con ansia moderata. Anche dai dosaggi ematici dei farmaci, è emerso che gli stessi sono tutti al limite della dosabilità (compreso il metabolita della Sertralina), il che indica che l'assicurata molto verosimilmente non li assume (doc. UAIE 118, pag. 490).

Anche nella perizia di decorso, lo specialista ha svolto la valutazione delle capacità, delle risorse e dei problemi secondo lo schema Mini ICF-APP. La rivalutazione ha evidenziato un miglioramento del funzionamento globale, con una riduzione significativa dei livelli di disabilità precedentemente rilevati. In particolare, risultano normalizzate le capacità di rispettare le regole (1) e di organizzare i compiti (2), mentre persistono solo lievi difficoltà in termini di flessibilità (3), persistenza (6) e tendenza alla procrastinazione (2). Le competenze (4) e il giudizio (5) si confermano sostanzialmente conservati, con un grado di disabilità lieve. Si osserva inoltre un marcato miglioramento nelle aree relazionali: il contatto con gli altri (8) è ripreso in modo adeguato, l'assertività (7) è aumentata e l'integrazione nei contesti sociali (9) appare possibile, seppur con lievi limitazioni. Anche le relazioni familiari (10) non evidenziano più criticità. Riprese risultano altresì le attività spontanee (11) e la partecipazione sociale, così come adeguata appare la cura di sé (12). La mobilità (13) è migliorata, in assenza di episodi ansiosi o dissociativi come in precedenza. Nel complesso, il quadro attuale è

caratterizzato da limitazioni prevalentemente lievi o assenti, a fronte di un precedente profilo di disabilità di grado medio-grave (cfr. consid. 7.3.2).

Tenuto conto delle suddette osservazioni, il perito ha formulato la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di grado lieve senza sindrome biologica ad andamento cronico con ansia moderata (ICD 10 F 32.00). Non ha altresì formulato diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Lo specialista ha rilevato che, nella precedente perizia auspicava una remissione totale dell'attuale episodio, ma che, di fatto, l'assicurata presenta ancora un episodio depressivo, seppur francamente migliorato rispetto alla valutazione peritale precedente e di grado lieve, per cui non si è verificato un recupero completo della capacità lavorativa. Per quanto riguarda la terapia, lo specialista ha rilevato che è adeguata al quadro clinico, che comunque è migliorato, nonostante non siano state adottate misure più incisive dal punto di vista farmacologico e la presa a carico sia rimasta blanda per tutto il periodo intercorso dalla precedente valutazione (doc. UAIE 118, pag. 492 e seg.). Il perito ha osservato che, pur essendo verosimilmente subentrato nel corso degli ultimi tre anni, il cambiamento dello stato di salute è oggettivamente soltanto dalla valutazione attuale e ha prodotto un cambiamento della capacità lavorativa sia nell'attività precedentemente svolta (operaia) sia in attività adeguata, nonché nell'economia domestica. Ha quindi ritenuto che l'assicurata presenti una capacità lavorativa dell'85% (riduzione del tempo) in ogni attività nel libero mercato del lavoro (doc. UAIE 118, pag. 493).

Per quanto riguarda l'attività domestica, il perito ha rilevato che l'assicurata dichiara che sono la figlia e il marito a occuparsi della spesa ma che sia lei talvolta a fare da mangiare, anche su richiesta, e che guarda ricette sul tablet, mostrandosi quindi interessata alla cucina. L'interessata ha pure indicato di pulire casa soltanto quando se la sente, di occuparsi dei pappagallini e di un cane a cui è molto legata e di accettare in casa le amiche con i bambini (che secondo il perito solitamente generano disordine e la necessità di riordinare). Pertanto, dal punto di vista medico-teorico, lo specialista ritiene che vi sia una limitazione inferiore a quanto emerso dall'inchiesta domiciliare effettuata nell'ottobre 2020 a margine della sua precedente valutazione e, probabilmente, nulla. Ha peraltro consigliato, eventualmente, di effettuare una nuova (doc. UAIE 118, pag. 494).

**7.3.4** Nella perizia psichiatrica di decorso del 15 novembre 2023 (doc. UAIE 118) è rilevato un miglioramento sostanziale rispetto allo stato di salute riscontrato nella perizia del 18 settembre 2020 (doc. UAIE 52). Nel rapporto del SMR del 27 novembre 2023 (doc. UAIE 117), il dott.

L.\_\_\_\_\_, psichiatria, ha confermato la diagnosi di episodio depressivo lieve senza sindrome biologica ad andamento cronico con ansia moderata (ICD 10 F 32.00), con ripercussioni sulla capacità lavorativa. Inoltre, ha riportato che, con il rapporto medico dell'8 agosto 2022 (doc. UAIE 95), la dott.ssa H.\_\_\_\_\_, chirurgia, ha confermato la benignità della neoplasia della mammella destra dell'assicurata (miofibroblastoma mixoide) e non ha certificato alcun periodo di incapacità lavorativa, evidenziando che il trattamento è stato effettuato in un'unica data, il 12 ottobre 2021. Pertanto, ha formulato la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di stato dopo miofibroblastoma mixoide (2021). Ha inoltre rilevato che, nello svolgimento delle mansioni consuete, è stato ritenuto che, dal punto di vista medico teorico, la limitazione della capacità lavorativa sia nulla a partire dalla data dell'accertamento peritale.

**7.3.5** Con le osservazioni del 16 febbraio 2024 al progetto di decisione del 2 febbraio 2024, la ricorrente ha dichiarato di non essere d'accordo con la valutazione peritale e allegato che il suo stato di salute "per quanto da ella stessa consapevolmente recepito" non è migliorato (doc. UAIE 128, pag. 529). Con complemento alle osservazioni del 24 marzo 2024, la ricorrente ha contestato di essersi disinteressata o di essere stata negligente nel sottoporsi a regolari visite mediche come ordinate dall'Ufficio AI. Ha affermato di essere stata visitata quattro volte dalla sua psicologa fra gennaio e giugno 2023 e ha sottolineato che non è stato facile trovare un nuovo medico psichiatra che la prendesse in cura. La ricorrente ha specificato di aver dovuto cambiare la cura farmacologica perché le provocava dei disturbi cardiaci (forti palpitazioni) e ha affermato che, per questo motivo, non poteva avere la quantità rispettivamente la concentrazione di sostanze che i periti si aspettavano di trovare, ma non perché stava bene, bensì solo perché aveva appena iniziato tale trattamento in sostituzione del Citalopram che non assumeva più per i motivi indicati (doc. UAIE 132, pag. 551). La ricorrente ha inoltre sottolineato che alcune considerazioni emerse durante i colloqui sono state sopravvalutate: il fatto che sia stata definita "vulcanica" dall'associazione in occasione della consegna di una culla ad un ospedale ad aprile 2023, ad esempio, non implica che sia fuori dal tunnel depressivo; anche il fatto che riceva spesso visite da amiche con bambini piccoli è un indizio di una fase migliorativa, ma non significa che sia totalmente fuori dal tunnel depressivo maggiore. Il suo approccio all'emicrania è anch'esso in linea con la sua personalità, in quanto, anche quando ha avuto forti palpitazioni a causa dell'assunzione del Citalopram, non si è subito recata dal cardiologo, ma ha sopportato il suo malessere per mesi, cercando anche di diminuire la dose; poi, finalmente, ha trovato un nuovo medico che le ha cambiato la ricetta e ora non ha più questo specifico

effetto collaterale. La ricorrente ha quindi indicato che, se i predetti disturbi dovessero continuare, si recherebbe anche da uno specialista del Centro P.\_\_\_\_\_. Ha altresì trasmesso un certificato del 22 marzo 2024 del dott. M.\_\_\_\_\_, neurologia e psichiatria, il quale ha in particolare indicato che all'esame obiettivo la ricorrente è vigile, lucida, adeguata alla situazione, con habitus sofferente e teso, che non presenta disturbi psicopatologici in atto e che il tono dell'umore è francamente depresso, con ideazione negativa, pensiero coerente ma costantemente incentrato nella rievocazione delle vicissitudini passate in ambito lavorativo e nel senso di colpa che ha sviluppato nei confronti della famiglia per la sua supposta inefficiente gestione dei compiti domestici, nonostante sia libera dal lavoro in fabbrica, che persiste anedonia, perdita della libido e tendenza al ritiro sociale. Il dott. M.\_\_\_\_\_ ha concluso che il quadro clinico appare dunque stabile e strutturato in forma di disturbo depressivo maggiore ed è ancora totalmente invalidante. Ha specificato di aver avuto contatti con l'assicurata in due occasioni: il 1° febbraio 2024 (consulto telefonico) e il 20 marzo 2024, ribadito che la situazione clinica è sostanzialmente invariata dal controllo precedente, del 20 marzo 2023, che richiama (doc. UAIE 132, pag. 560 e seg.). Infine, la ricorrente ha trasmesso un certificato medico-dentistico del dott. N.\_\_\_\_\_, il quale ha allegato di averla visitata il 20 marzo 2024 e di aver riscontrato una situazione dentale compatibile con una problematica di bruxismo (doc. UAIE 132, pag. 562).

**7.3.6** Nel complemento peritale del 9 aprile 2024, il dott. E.\_\_\_\_\_ ha risposto alle osservazioni della ricorrente, in particolare prendendo atto che le visite con la psicologa sono state quattro - e non tre - nel corso del 2023, ma ha sottolineato che la psicologa non può aver prescritto farmaci, in quanto non è abilitata a farlo. Per quanto riguarda il rapporto medico-dentistico del dott. N.\_\_\_\_\_, il perito ha osservato che la presenza di una situazione dentale compatibile con il bruxismo non ha alcuna associazione diretta con un quadro depressivo, in quanto tale diagnosi non è necessariamente correlata. Per quanto attiene alla valutazione del 22 marzo 2024 del dott. M.\_\_\_\_\_, il perito ha osservato che è del tutto sovrapponibile alla certificazione del 30 ottobre 2023 presentata dall'insorgente alla valutazione peritale, sulla quale aveva preso posizione in modo puntuale, sottolineando in particolare che nonostante il dott. M.\_\_\_\_\_ parli di un pensiero ancora polarizzato sulle vicissitudini passate in ambito lavorativo, ciò non è emerso durante la valutazione peritale. Il dott. M.\_\_\_\_\_ parla anche di una supposta inefficiente gestione dei compiti domestici, di una perdita completa della libido e di una tendenza al ritiro sociale, aspetti già presenti nella precedente valutazione peritale e da lui stesso indagati, ma non confermabili. Inoltre, il perito spiega che – a differenza della precedente

valutazione peritale – non ha più riscontrato la presenza di un episodio depressivo grave (da lui stesso diagnosticato nel 2020), ma di un episodio di lieve gravità, specificandone i criteri soddisfatti e sottolineando, dal punto di vista clinico che “l’assicurata riferisce un umore depresso, abnorme per il suo funzionamento precedente, ma che comunque non ha alcune caratteristiche di espressività fenomenica di tipo melanconico, la facies è comunque composita, l’eloquio fluido e non vi è alcun rallentamento psicomotorio. Riferisce certo di una riduzione dell’energia e della proattività rispetto al passato, ma vi è interesse e piacere per le attività normalmente piacevoli (doc. UAIE 137, pag. 570). Il perito ha quindi indicato che, dal punto di vista clinico, il quadro è obiettivamente migliorato, seppur non sia in remissione totale. Ha poi sottolineato che, nella sua valutazione, non ha affermato che vi sia stato un completo recupero, ma un significativo miglioramento e che, negli ultimi sei mesi, il quadro era verosimilmente stabile, in quanto la presa in carico era stata solo psicologica e infrequente. Per quanto attiene alla questione farmacologica, il perito ha osservato che se l’insorgente avesse assunto la sertralina solo da qualche giorno, non si sarebbe aspettato un dosaggio nel range terapeutico, ma una dosabilità minima o valori sotto il range terapeutico; invece, il dosaggio è risultato insondabile, quindi assente. Lo specialista ha voluto rimarcare che anche gli altri principi attivi dosati erano ai limiti dell’indossabilità, il che, a suo parere, depone per un’assunzione in generale ridotta. Il perito ha pertanto ritenuto che nessuna delle allegazioni della ricorrente e dei curanti lo inducono a modificare le sue conclusioni peritali (doc. UAIE 137, pag. 571).

**7.3.7** Il dott. L. \_\_\_\_\_, con annotazione SMR del 17 aprile 2024, in considerazione di quanto osservato dal dott. E. \_\_\_\_\_, ha confermato la sua precedente presa di posizione (doc. UAIE 138).

**7.3.8** L’autorità inferiore ha dunque confermato il suo progetto di decisione ed ha emesso la decisione, qui contestata, del 22 maggio 2024 (cfr. consid. B.i).

**7.3.9** Con ricorso del 24 giugno 2024 (doc. TAF 1) e complemento ricorso del 2 agosto 2024 (doc. TAF 6), l’insorgente, ha ribadito che le sue affermazioni in sede peritale non sono state interpretate correttamente e che non è stata “per nulla valutata la gravità della cefalea di cui soffre”. A suo parere, inoltre, il complemento peritale del dott. E. \_\_\_\_\_ del 9 aprile 2024 si limita a “confermare le sensazioni e le valutazioni recepite durante la sua ultima visita medica. Si doveva invece rielaborare queste valutazioni sulla base di una nuova indagine”. La ricorrente ha altresì presentato un contro-parere del dott. M. \_\_\_\_\_ del 16 (recte: 19) luglio 2024 (doc. TAF

6, pag. 8), il quale si è espresso in merito al menzionato complemento peritale del dott. E. \_\_\_\_\_ del 9 aprile 2024. Il dott. M. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che l'insorgente non ha mai smesso di frequentare psicologi e psichiatri, anche se è vero che dopo il pensionamento del curante non ha avuto l'assiduità precedente. Ha altresì rilevato che è ben noto che "questa categoria di malati tende spesso a evitare colloqui e visite proprio a causa della natura stessa della loro patologia", a maggior ragione, nel caso specifico in cui la ricorrente ha dovuto cercare un altro medico e "ricominciare faticosamente e con naturale diffidenza il suo iter terapeutico". Il curante ha inoltre affermato che, se l'insorgente ha preso parte a certe attività, ciò è avvenuto soprattutto in relazione ai consigli e alle prescrizioni che la psicologa le forniva, nella logica di spronarla a non chiudersi in sé stessa. Per quanto riguarda il dosaggio farmacologico dei farmaci assunti e i risultati del prelievo ematico, il dott. M. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che non possano essere interpretati "in modo pretestuoso" come prova che l'insorgente fosse in uno stato di benessere, in quanto è risaputo che molti pazienti non assumono in modo aderente e meticoloso le terapie e che questo può essere un segno della gravità della situazione. Il curante conclude che la diagnosi di depressione maggiore, formulata in varie occasioni e da vari specialisti, i cui episodi possono essere in alcuni periodi di media gravità, in altri di lieve e in altri ancora di marcata gravità, deve essere comunque considerata malattia cronica invalidante e limitante la capacità di un lavoro proficuo e continuativo e "non può essere derubricata come un semplice stato distimico passibile di guarigione senza conseguenze lavorative permanenti e quindi non può portare a una soppressione, ex abrupto, totale della rendita d'invalidità".

**7.3.10** Nella risposta al ricorso del 12 settembre 2024 (doc. TAF 8), l'UAIE ha chiesto di respingere ricorso. L'autorità inferiore si è basata in particolare sul preavviso del 23 agosto 2024 e sulle osservazioni al complemento ricorsuale del 6 settembre 2024, entrambi dell'UAI-C. \_\_\_\_\_, che a sua volta ha ripreso il complemento peritale del 9 aprile del 2024 del dott. E. \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 7.3.9) e il parere del dott. L. \_\_\_\_\_. Quest'ultimo, con annotazione del 2 settembre 2024, ha affermato che nel rapporto medico del 16 (recte: 19) luglio 2024 del dott. M. \_\_\_\_\_ non sono presenti elementi oggettivi che permettano di discostarsi dalla precedente presa di posizione dell'Ufficio. In particolare, non sono stati evidenziati elementi oggettivi non presi in considerazione dai periti o esistenti prima della decisione del 22 maggio 2024. Secondo il dott. L. \_\_\_\_\_, il dott. M. \_\_\_\_\_ ha espresso un diverso apprezzamento del quadro clinico indagato in perizia e una diversa valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, senza basarsi su (nuovi) elementi oggettivi. Pertanto, le conclusioni peritali,

ribadite nel complemento peritale del 9 aprile 2024, rimangono confermate dal punto di vista medico.

**7.3.11** Con replica del 30 dicembre 2024 (doc. TAF 18), l'insorgente ha contestato l'osservazione del dott. L. \_\_\_\_\_, secondo cui le risultanze del dott. M. \_\_\_\_\_ non sarebbero sufficientemente suffragate da elementi oggettivi. A sostegno della propria posizione, l'insorgente ha fatto notare che nemmeno l'Ufficio AI disporrebbe di elementi oggettivi per valutare la patologia di cui soffre. La ricorrente ha inoltre trasmesso delle considerazioni finali del dott. M. \_\_\_\_\_ del 12 dicembre 2024, il quale ha ribadito quanto osservato nella sua relazione del 19 luglio 2024 (cfr. consid. 7.3.7), aggiungendo che la patologia di cui soffre la ricorrente viene essenzialmente diagnosticata non sulla base di esami ematochimici o strumentali, bensì fondamentalmente sull'ascolto, sull'osservazione e sulla descrizione dei comportamenti dei pazienti. Egli sostiene, pertanto, che non esisterebbero elementi oggettivi condivisi e validati. Egli ha concluso osservando che il fatto che l'assicurata tollera la distanza dal figlio, contrariamente a quanto descritto come elemento di incoerenza, può invece essere segno di apatia e indifferenza affettiva, caratteristiche ben presenti nelle depressioni maggiori.

**7.3.12** Con duplica del 28 gennaio 2025 (doc. TAF 20), l'autorità inferiore ha domandato la reiezione del ricorso, rinviando alle osservazioni dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ del 24 gennaio 2025, che a sua volta ha fatto riferimento all'annotazione SMR del 20 gennaio 2025, redatta dal dott. L. \_\_\_\_\_, il quale ha indicato che il rapporto medico del dott. M. \_\_\_\_\_ del 12 dicembre 2024 non apporta elementi di novità rispetto a quanto già agli atti e che non sono descritte modificazioni significative di fatti. Il dott. L. \_\_\_\_\_ ha inoltre aggiunto che il dott. M. \_\_\_\_\_ ha fornito una diversa interpretazione di fatti già noti e che, dal punto di vista medico-psichiatrico, le conclusioni del dott. E. \_\_\_\_\_, perito psichiatra, permangono valide.

**7.3.13** Con scritto del 18 gennaio 2026 (doc. TAF 22), la ricorrente ha trasmesso un nuovo rapporto medico del dott. M. \_\_\_\_\_ del 15 dicembre 2025, nel quale il curante ha riferito in particolare che il quadro clinico appare stabile e strutturato in forma di disturbo depressivo maggiore ed è ancora invalidante e che la terapia farmacologica prosegue.

**7.4** Questo Tribunale, contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente in sede ricorsuale, ritiene, per le ragioni che saranno indicate di seguito, che la fattispecie risulta essere stata sufficientemente acclarata dall'amministrazione dal profilo medico per quanto attiene alla situazione, decisiva

ai fini processuali, esistente fino al momento della pronuncia della decisione impugnata. Non sussistono in effetti – sulla base della documentazione medica agli atti – elementi suscettibili di giustificare una diversa valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa della ricorrente a partire dal 15 novembre 2023 (data della redazione della perizia di decorso) rispettivamente alla data della decisione impugnata.

**7.4.1** In primo luogo, la perizia di decorso del 15 novembre 2023 (doc. UAIE 118) si fonda sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento della ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto di perizia comprende un'introduzione con l'estratto degli atti considerati, l'indagine clinica comprensiva dell'anamnesi e le indicazioni del perito, i reperti degli esami clinici e testali, la discussione delle incoerenze emerse, la discussione diagnostica, la valutazione psichiatrica e medico-assicurativa (comprensiva della valutazione delle risorse e dei deficit) e le risposte alle domande poste. Tale perizia può pertanto essere considerata un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio sia dell'attività precedente (operaia) sia di un'attività sostitutiva adeguata.

**7.4.2** In secondo luogo, e benché la ricorrente neppure abbia sollevato una specifica censura in merito, la perizia di decorso del 15 novembre 2023 soddisfa i requisiti delle DTF 143 V 418 e DTF 141 V 281. È opportuno rilevare che il Tribunale federale con la menzionata DTF 141 V 281 ha modificato la sua giurisprudenza in materia di affezioni psicosomatiche ridefinendo a quali condizioni queste possano giustificare il diritto a una rendita d'invalidità. Nella DTF 143 V 409, ha poi stabilito che tutte le malattie psichiche devono, in linea di principio, soggiacere a una procedura probatoria strutturata. In particolare, nella valutazione della capacità lavorativa vi è l'abbandono della presunzione secondo cui i disturbi derivanti da disturbi depressivi di grado da leggero a medio, sindrome somatoforme dolorosa o altre affezioni psicosomatiche cui si riferisce tale giurisprudenza o i loro effetti possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile. La prassi fondata sul modello regola/eccezione è stata sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato del carattere invalidante delle affezioni di natura psicosomatica e psichica mediante un catalogo di indicatori standard (sul tema DTF 143 V 409 e 418 rispettivamente DTF 141 V 281).

**7.4.3** Questo Tribunale rileva altresì che la perizia psichiatrica del 15 novembre 2023 fornisce una chiara e completa visione d'insieme della situazione della ricorrente. Il perito ha in particolare illustrato in modo convincente i motivi della diagnosi di episodio depressivo di grado lieve, operando i necessari confronti con la precedente valutazione, nella quale egli stesso aveva concluso per la presenza di un episodio depressivo di grado maggiore. Per determinare le conseguenze sulla capacità lavorativa, egli ha fatto ricorso allo schema Mini ICF-APP, descrivendo in modo dettagliato le risorse e le limitazioni della ricorrente e precisando in quale misura e sotto quali aspetti il suo stato di salute sia migliorato, in ciascun ambito e rispetto alla precedente valutazione. Si è inoltre pronunciato sullo stato psichico dell'insorgente, evidenziando come la terapia in atto sia conforme al trattamento di un episodio depressivo lieve associato ad ansia moderata. Il perito ha altresì descritto le attività quotidiane dell'insorgente, rilevando come quest'ultima abbia in particolare ripreso ad intrattenere contatti sociali e a svolgere attività spontanee. In altri termini, risultano presenti tutti gli elementi essenziali per procedere ad un'analisi completa degli indicatori.

**7.4.4** Certo, la ricorrente ha contestato la summenzionata perizia di decorso sostenendo che la valutazione non terrebbe adeguatamente conto degli elementi clinici emergenti dalla documentazione del dott. M. \_\_\_\_\_, medico curante e specialista in neurologia e psichiatria, il quale giunge a conclusioni differenti in merito al quadro depressivo e alle sue ripercussioni sulla capacità lavorativa. Tuttavia, il curante ha certo proposto una lettura alternativa dei diversi elementi fattuali già considerati in sede peritale, senza però presentare fatti nuovi non ancora esaminati dal perito. Egli, ad esempio, ha indicato che la ricorrente non ha mai interrotto del tutto i contatti con psicologi e psichiatri, ma ammesso una minore assiduità dopo il pensionamento del precedente medico. A tale riguardo, egli ha osservato che è noto che i pazienti affetti da disturbi depressivi tendono talvolta a evitare consultazioni proprio a causa della loro patologia, soprattutto quando devono intraprendere un nuovo percorso terapeutico. Ha altresì sottolineato che la partecipazione ad alcune attività sarebbe avvenuta su impulso della psicologa curante, nell'ottica di contrastare l'isolamento. Per quanto concerne la terapia farmacologica e i risultati degli esami ematici, il curante ha ritenuto che tali elementi non possano essere interpretati come prova di uno stato di benessere, osservando che una scarsa aderenza terapeutica è frequente nei pazienti depressi e può anzi riflettere la gravità del disturbo.

**7.4.5** Ciò posto, giova tuttavia rilevare che, secondo costante giurisprudenza, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni

oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Di principio, poi, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc) come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 9C\_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Come già evidenziato dall'autorità inferiore, la ricorrente non ha introdotto elementi medici nuovi o non esaminati dal perito, limitandosi a proporre una diversa interpretazione di quelli già noti. La ricorrente stessa riconosce poi un miglioramento del proprio stato di salute, pur ritenendolo insufficiente e non tale da poter sostenere che sia uscita dall'episodio depressivo maggiore.

**7.4.6** Alla luce di quanto precede, e tenuto conto della giurisprudenza richiamata, questo Tribunale ritiene che la perizia di decorso in esame e il successivo complemento peritale soddisfano i criteri richiesti per riconoscere loro forza probatoria piena. Il confronto con i rapporti dei medici curanti, in particolare quelli redatti dal dott. M. \_\_\_\_\_ e le allegazioni di parte, non hanno fatto emergere elementi oggettivi nuovi o indizi concreti atti a metterne in dubbio l'attendibilità. Peraltro, le diagnosi e le incapacità lavorative ivi ritenute sono state sottoposte al dott. L. \_\_\_\_\_, psichiatria, che nel rapporto SMR del 27 novembre 2023 le ha confermate. Le divergenti conclusioni del curante si risolvono piuttosto in una differente lettura dei medesimi elementi fattuali, che, alla luce dell'esperienza generale e del particolare rapporto terapeutico con la paziente, appare orientata in un senso favorevole a quest'ultima, senza che emergano dai rapporti del medico curante e dagli atti di causa nuovi elementi obiettivi rilevanti non correttamente valutati nella perizia (e suo complemento) rispettivamente nei rapporti del medico SMR. Ne discende che l'autorità inferiore ha eseguito una legittima revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA, considerata la presenza dei necessari presupposti.

## 7.5

**7.5.1** Nel suo atto ricorsuale, l'insorgente ha altresì sostenuto che la gravità della cefalea di cui soffre non sia stata adeguatamente valutata dall'autorità inferiore, rimproverando implicitamente a quest'ultima di non aver disposto un esame specialistico al riguardo.

**7.5.2** Questo Tribunale osserva tuttavia che la gravità della cefalea lamentata non è corroborata da documentazione medica oggettiva né da esami strumentali o diagnostici idonei a comprovarne l'entità. Anche il medico curante, dott. M. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e neurologia, non ha effettuato accertamenti specifici in tal senso né ha formulato una diagnosi neurologica circostanziata. Ciò premesso, e contrariamente a quanto sostenuto dall'insorgente, l'autorità inferiore poteva legittimamente rinunciare a disporre ulteriori accertamenti medici. In effetti, secondo costante giurisprudenza del Tribunale federale, il diritto di essere sentito non conferisce un diritto incondizionato all'assunzione di tutte le prove offerte; esso è rispettato anche quando l'autorità, procedendo a un apprezzamento anticipato delle prove, rinuncia all'assunzione di ulteriori mezzi probatori qualora, sulla base degli elementi già raccolti, abbia formato il proprio convincimento e possa ritenere senza arbitrio che ulteriori accertamenti non sarebbero atti a modificarlo (DTF 136 I 229 consid. 5.3; DTF 134 I 140 consid. 5.3). Ora, unicamente nel rapporto trasmesso dalla ricorrente a questo Tribunale il 15 dicembre 2025, ossia posteriormente alla decisione impugnata, il dott. M. \_\_\_\_\_ ha riferito dell'esecuzione di una TAC encefalo, che avrebbe evidenziato la presenza di calcificazione posteriore sinistra, compatibile con meningioma calcifico; tuttavia, egli non ha prodotto copia dell'esame diagnostico né ha indicato da quando tale tumore, notoriamente spesso benigno e a crescita lenta, sussisterebbe (doc. TAF 23). In assenza di indizi concreti e oggettivi circa l'apparizione rispettivamente la data di apparizione di questa nuova affezione nel periodo qui determinante – ossia fino all'emanazione della decisione impugnata – la misura istruttoria richiesta non si giustifica. La ricorrente potrà tuttavia, se del caso, presentare una nuova domanda di rendita.

**7.6** In conclusione, questo Tribunale ritiene che risulti giustificato confermare quanto stabilito nella decisione dell'UAIE del 22 maggio 2024, ovvero che vi è stato un miglioramento dello stato di salute della ricorrente, con conseguente modifica della capacità lavorativa, che è passata dal 20% dal 1° marzo 2020 all'85% dal 15 novembre 2023 sia nell'attività abituale (operaia) sia un'attività lavorativa confacente allo stato di salute, con prognosi stazionaria in entrambe le attività.

**7.7** Con riferimento alla capacità nello svolgimento delle consuete mansioni domestiche – che sarebbe passato dal 57% dal 29 maggio 2018 al 100% dal 15 novembre 2023 – si dirà al considerando 8.5 del presente giudizio.

**8.** Quanto alla conformità del raffronto dei redditi effettuato dall'autorità inferiore, questo Tribunale rileva quanto segue.

**8.1** Nel provvedimento impugnato, l'autorità inferiore ha applicato il metodo misto, considerando l'insorgente salariata al 87.5% e casalinga al 12.5%, e ha utilizzato i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (tabelle RSS), utilizzando i valori di riferimento del 2022, in quanto quelli relativi al 2024 non erano ancora disponibili. Ha quindi raffrontato un reddito da valida di fr. 55'058 con un reddito da invalida di fr. 41'202 (tabelle RSS, valori federali, settore femminile, attività semplici e ripetitive, riduzione del 10% legata al mercato del lavoro, capacità lavorativa ridotta del 15%). Per quanto concerne l'attività di casalinga, l'autorità inferiore, considerando che a livello medico non sarebbero state riscontrate limitazioni nello svolgimento delle attività domestiche, ha ritenuto superfluo effettuare una nuova inchiesta domiciliare. Dal raffronto dei due redditi ha stabilito una limitazione del 25% per l'ambito lucrativo ponderato all'87.5%, e di conseguenza un'invalidità parziale in ambito lavorativo del 22%, che combinata a quella dello 0% in ambito domestico ha condotto ad un grado d'invalidità complessivo sempre del 22%, che non giustifica l'erogazione di una rendita.

**8.2** Dal canto suo, l'insorgente non ha contestato né la ripartizione dei ruoli di salariata e casalinga né i redditi da valida e invalida determinati dall'autorità inferiore. Ha però chiesto nel complemento al ricorso l'applicazione di una recente giurisprudenza, di cui alla decisione 8C\_823/2023 del Tribunale federale dell'8 luglio 2024 (DTF 150 V 410), per quanto attiene alla deduzione dal salario statistico. L'insorgente sostiene che con questa giurisprudenza il Tribunale federale ha criticato l'uso inappropriato dei criteri del Consiglio federale, sentenziati troppo severi, e quindi disposto che in futuro siano applicate formule meno severe nell'attribuire i gradi di invalidità. L'insorgente ha dunque chiesto che – poiché nel caso di specie si contesta la valutazione peritale, che ha classificato la malattia come lieve anziché grave, con conseguente soppressione della rendita fino ad allora accordata – questa nuova giurisprudenza sia applicata al caso concreto.

**8.3** Su questo punto, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ nelle sue osservazioni al complemento ricorsuale del 2 agosto 2024 (doc. TAF 8, pag. 14) ha rilevato che in tale giudizio il Tribunale federale ha stabilito che la regolamentazione, introdotta per via di ordinanza all'inizio del 2022 e in vigore fino alla fine del 2023, riguardo alla determinazione del grado d'invalidità sulla base dei dati salariali risultanti dalle tabelle RSS, è parzialmente contrario al diritto federale. L'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha pure rilevato che, nella decisione impugnata, il grado AI dell'assicurata è stato stabilito in applicazione dell'art. 26<sup>bis</sup> cpv. 3 OAI nella versione in vigore dal 1° gennaio 2024 e ha osservato che l'Alta Corte non si è chinata sulla norma rivista nel gennaio del 2024 e dunque a suo avviso quanto indicato nella sentenza 8C\_823/2023 non è nella fattispecie applicabile. L'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha poi aggiunto, a titolo abbondanziale, che, anche alla luce della giurisprudenza di cui al DTF 126 V 75, non ritiene vi siano ulteriori fattori da prendere in considerazione per stabilire una riduzione del reddito statistico con invalidità superiore a quella del 10% già riconosciuta. A titolo di esempio, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ cita il fatto che all'assicurata non sono accessibili unicamente attività leggere e che l'impatto delle limitazioni funzionali è già stato riconosciuto nella riduzione del rendimento a livello medico-teorico.

#### **8.4**

**8.4.1** Fermo restando che non sussistono motivi per un intervento d'ufficio da parte di questo Tribunale sullo statuto della ricorrente e sul salario da valida e invalida (cfr. consid. 8.1) – accertamenti da parte dell'autorità inferiore rimasti incontestati in questa sede – giova rilevare che, nella replica del 30 dicembre 2024, la ricorrente non si è più espressa in merito alla deduzione sul salario statistico e non ha dunque chiarito quali fattori di riduzione non fossero stati ritenuti o lo fossero stati in modo insufficiente.

**8.4.2** Questo Tribunale osserva che la questione di sapere se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), la deduzione non essendo automatica e non potendo eccedere globalmente il 25% (DTF 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b).

**8.4.3** Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale rileva, da un lato, che non sono stati indicati nel gravame elementi concreti

e sufficienti per discostarsi dalla valutazione di cui alla decisione litigiosa (nella quale è stata ritenuta una riduzione del 10%) e, dall'altro lato, che tali elementi non si evidenziano neppure ad un esame d'ufficio da parte di questo tribunale. Peraltro, e da questo profilo, non va dimenticato che dagli accertamenti medici effettuati la ricorrente può pure continuare a svolgere all'85% la sua precedente attività lavorativa.

## 8.5

**8.5.1** Infine, nonostante il perito, dott. E. \_\_\_\_\_, abbia suggerito l'eventuale espletamento di una nuova inchiesta domiciliare (doc. UAIE 118, pag. 493), l'autorità inferiore vi ha rinunciato considerato che, in sede peritale, sarebbe comunque stata accertata un'incapacità pari a zero nello svolgimento delle mansioni consuete (cfr. le riflessioni del perito sulla questione all'ultimo paragrafo del considerando 7.3.3).

**8.5.2** Questo Tribunale rileva che di principio, quanto all'impedimento a svolgere le mansioni consuete, l'invalidità avrebbe dovuto essere valutata sulla base di un confronto delle attività da attuare mediante una (nuova) inchiesta domiciliare (si veda sull'argomento DTF 130 V 97 consid. 3.3.1; sentenze del TF I 733/2006 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 sui presupposti dell'eventuale rinuncia di un'inchiesta domiciliare per persone residenti all'estero; 8C\_724/2022 consid. 5.3; sentenza del TAF C-3187/2023 del 16 gennaio 2024 consid. 8.4.1). Tuttavia, nel caso di specie, si può rinunciare a effettuare una nuova inchiesta domiciliare, dal momento che, anche ipotizzando che, nonostante il sopravvenuto miglioramento dello stato di salute psichico dell'insorgente, la capacità di svolgere le mansioni consuete non sia cambiata rispetto alla valutazione del 2020, con un'incapacità nello svolgimento delle mansioni consuete del 57%, il grado d'invalidità complessivo ammonterebbe al 29% ( $\{(55'058 - 41'202) \times 100 \div 55'058 = 25.2\%$ ; ponderazione:  $25.2\% \times 87.5\% + 57\% \times 12.5\% = 29.175\%$ ). La soglia minima del 40% non sarebbe neppure raggiunta operando, per degnata ipotesi, una riduzione massima dal salario statistico da invalida del 25% (DTF 126 V 75 [con salario da invalido che da fr. 41'202 passa a fr. 35'021.70]), dal momento che dal raffronto dei redditi risulterebbe allora un grado d'invalidità complessivo arrotondato del 39% ( $\{(55'058 - 35'021.70) \times 100 \div 55'058 = 36.4\%$ ; ponderazione:  $36.4\% \times 87.5\% + 57\% \times 12.5\% = 38.975\%$ ).

**8.6** Da quanto esposto, discende che il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

**9.**

**9.1** Visto l'esito della causa, le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico della ricorrente soccombente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA, art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF; RS 173.320.2], art. 69 cpv. 1bis LAI). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 30 luglio 2024.

**9.2** All'insorgente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TA), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (cfr., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo equivalente alle presumibili spese processuali di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 30 luglio 2024, è computato con le spese processuali.

**3.**

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

**4.**

Questa sentenza è comunicata alla ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Ambra Martignoni

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: