

TI_GERICHTE 32.2018.78 vom 12. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.78

FR: TI_GERICHTE 32.2018.78 du 12 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.78 del 12 aprile 2018

Regeste

Attribuzione della rendita limitata nel tempo dopo perizia reumatologica, che per il TCA è completa, chiara e affidabile anche alla luce dei referti dei curanti, che non sono completi e si contraddicono sulla capacità lavorativa. Dal calcolo del grado AI, anche se modificato, non risulta un D alla rendita

Erwägungen

E. 18

febbraio 2014 il dr. med. _____, FMH medicina interna e reumatologia, ha valutato l'assicurata tenendo anche conto della documentazione medica disponibile. Nel suo rapporto del 24 febbraio 2014 (doc. 81) il perito ha esposto l'anamnesi familiare, personale, attuale e sociale, i dati soggettivi dell'interessata, le constatazioni oggettive scaturite dall'esame internistico, dall'esame della colonna vertebrale, delle articolazioni, radiologici e dallo status neurologico. Nella sua valutazione il reumatologo ha ricordato che i primi dolori lombari sono apparsi nel 1994-1995 che, trattati, le hanno permesso di stare discretamente bene fino a gennaio 2011 quando è rimasta bloccata a livello della colonna lombare. Ha fatto seguito un'infiltrazione che ha diminuito il dolore del 50%, poi fisioterapia intensa con degenza presso una clinica di riabilitazione e nel gennaio 2013 è stata operata con decorso soddisfacente clinicamente in quanto i dolori lombari erano aspecifici e non venivano riferiti dolori agli arti inferiori, ciò che era in totale contrapposizione con il rapporto della dr.ssa _____. Al momento della visita peritale l'interessata ha riferito dolori lombari sul lato destro, irradianti a livello addominale con difficoltà ad abbassarsi, riusciva a stare seduta per al massimo 30 minuti (anche se durante l'anamnesi è rimasta seduta per più di 30 minuti senza apparizione di particolari dolori), in piedi per 10-15 minuti e riusciva a camminare per circa 1 ora; stava eseguendo della fisioterapia soprattutto passiva, con esercizi della durata di 15 minuti al mattino. Lo specialista ha posto le diagnosi di: sindrome lombovertebrale cronica residua su/con: stato dopo decompressione, fusione e stabilizzazione con approccio posteriore (PLIF) del segmento L5/S1 l'11 gennaio 2013; alterazioni degenerative con condrosi L5/S1 e L4/L5; attualmente importante insufficienza muscolare. Insufficienza venosa bilaterale con/su: stato dopo trombosi venosa profonda bilaterale il 17 gennaio 2013; stripping venoso all'arto inferiore sinistro su varicosi nel 2002. Sepsi e pielonefrite in contesto di rottura delle acque con ritenzione di raccolte saccate in gravidanza nel 1996. Il reumatologo ha osservato che l'interessata soffriva di una sindrome lombovertebrale residua in stato dopo spondilodesi L5/S1 con posa di Pliff; a livello clinico presentava a quel momento un'importante insufficienza muscolare ed era abbastanza sorprendente che continuasse ad eseguire fisioterapia passiva e non attiva. L'insufficienza era ben visibile anche alla radiografia dove la paziente presentava un'iperlordosi lombare, non presente prima dell'intervento,

iperlordosi dovuta ad insufficienza muscolare; di fianco a questa alterazione degenerativa a livello L4/L5 con protrusione discale che produceva una certa limitazione a livello della capacità lavorativa. Era interessante notare, per il perito, come la paziente riferisse un miglioramento dei dolori dopo l'intervento e che però prima di questo lavorasse al 50% e a quel momento era attestata un'inabilità del 100% nonostante il miglioramento soggettivo. Inoltre, l'assicurata non assumeva alcuna terapia antalgica fissa, ma solo al bisogno. A livello terapeutico v'era sicuramente un notevole ritardo fisioterapeutico ben visibile dall'iperlordosi lombare e per il perito, a ormai più di un anno dall'intervento, era essenziale una terapia attiva e non più passiva. Per quanto concerneva l'abilità lavorativa, alla luce anche del miglioramento delle condizioni generali, il reumatologo ha ritenuto che la paziente fosse abile al 60% come donna delle pulizie, lavoro dove doveva comunque sollevare pesi e lavorare in anteflessione. In una attività leggera dove non doveva sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10kg, dove non dovesse assumere posture monotone, la paziente era abile al lavoro al 100%. Infine, il perito ha segnalato che la prognosi era di difficile valutazione a solo un anno dall'intervento operatorio, la rx lombare sembrava comunque mostrare una certa progressione della condrosi L4/L5 che sarebbe stata da osservare nei prossimi anni in quanto segmento sottoposto a carico superiore vista la stabilizzazione L5/S1. Nel rispondere alle domande postegli dall'Ufficio AI sulle conseguenze sulla capacità di lavoro, l'esperto ha affermato che la paziente presentava una certa limitazione nel carico a livello della colonna lombare su stato dopo intervento di stabilizzazione e quindi presentava una certa limitazione per i lavori che richiedevano di sollevare pesi superiori ai 10-15kg ripetutamente così come lunghi lavori in anteflessione. L'assicurata era in grado di sollevare ripetutamente pesi fino a 10kg, di eseguire qualsiasi lavoro con carico discontinuo e doveva soprattutto cambiare postura di tanto in tanto. L'attività abituale era ancora praticabile in ragione di massimo 6 ore al giorno, con limitazione massima del 10% per pause prolungate. Dai certificati medici agli atti l'assicurata è risultata inabile al 100% dal 10 ottobre al 1° novembre 2011, al 50% dal 2 novembre 2011 al 9 febbraio 2012 e al 100% dall'ottobre 2012 fino alla data della sua perizia. Non esistevano provvedimenti di integrazione di ordine medico che potessero migliorare la capacità lavorativa dell'assicurata. L'interessata era in grado di lavorare al 100% - 8 ore al giorno - nell'ambito di qualsiasi attività che non richiedesse di sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10kg, di lavorare a lungo in anteflessione o su posture monotone, doveva poter cambiare postura circa ogni 2 ore, non doveva camminare per più di 1-2 km. Nelle sue osservazioni finali il dr. med. _____ ha notato che la paziente riteneva la sua capacità nettamente diminuita rispetto a quanto poteva dimostrare, ha riferito in effetti di potere stare seduta a stento per 30 minuti quando invece per l'anamnesi è stata seduta per più di mezz'ora senza mostrare segni di sofferenza. Il perito ha inoltre notato che l'assicurata non assumeva terapia antalgica e riferiva di un certo miglioramento dei dolori, ciò che rendeva difficile interpretare il rapporto della dr.ssa _____ che indicava invece un peggioramento della situazione rispetto a prima dell'intervento quando lavorava al 50%. Infine, tale miglioramento era stato attestato anche in un rapporto del dicembre 2013 dai dr. _____ e _____. Come casalinga era abile all'80% (il 20% era unicamente per lavori particolarmente pesanti). Anche successivamente alla perizia reumatologica la dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, suo medico curante, ha continuato a certificare un'inabilità lavorativa totale dell'assicurata (docc. 82, 92). Nel rapporto finale SMR del 1° aprile 2014 (doc. 84) il dr. med. _____ ha ripreso le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa rese dallo specialista,

così pure i gradi di inabilità lavorativa indicando, in particolare, che dal 24 marzo (recte : febbraio) 2014, ossia dalla perizia reumatologica, era del 35% nell'attività abituale di addetta alle pulizie e di custode di stabili (nel senso di una presenza di sei ore con una riduzione del 10% del rendimento), mentre era nulla in attività adeguate. Dato un carico massimo di 10kg e la necessità di alternare al bisogno la postura – la necessità di pause supplementari era invece già inclusa nella diminuzione del rendimento -, quali ulteriori limitazioni funzionali il medico SMR ha indicato che non erano possibili lavori in anteflessione del tronco per lungo tempo. Quale prognosi egli ha ritenuto possibile una stabilità a medio termine (3-6 anni) e ha osservato, riferendosi al rapporto peritale, che il reumatologo ha constatato la diminuzione della caricabilità della colonna, ma non giustificava l'inabilità lavorativa totale; il perito aveva infatti ritenuto, sulla base dei referti medici, agli esami radiologici e all'esame clinico, che l'assicurata avesse ancora una capacità lavorativa che veniva espressa con le limitazioni funzionali. Erano infine possibili terapie quali il rafforzamento del corsetto muscolare, che era insufficiente. Ciò non avrebbe modificato sostanzialmente la capacità lavorativa, ma avrebbe aumentato il benessere dell'assicurata. Con il progetto di assegnazione di rendita del 13 novembre 2014 (doc. 101) l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurata una rendita di invalidità temporanea intera dal 1° ottobre 2012 al 31 maggio 2014, ovvero fino a tre mesi dopo il miglioramento accertato nel mese di febbraio 2014 dal perito reumatologo. Il 12 dicembre 2014 (doc. F) la dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, ha contestato che l'assicurata fosse in grado di svolgere con costanza un'attività lavorativa, essendo per contro in grado di eseguire saltuariamente solo lavori leggeri. La curante ha osservato che l'intervento chirurgico del gennaio 2013 ha avuto un esito positivo dal punto di vista chirurgico, ma non ha modificato le problematiche funzionali a livello del rachide e la scorretta distribuzione del carico. Inoltre, l'assicurata ha seguito un lungo iter riabilitativo senza giungere a un equilibrio muscolo scheletrico sufficiente per affrontare un'attività lavorativa con continuità. A suo dire, le valutazioni strumentali e diagnostiche per immagine confermeranno la sua valutazione, che la colonna vertebrale non era in asse e che c'erano disfunzioni multisegmentarie. Nelle sue successive osservazioni del 16 gennaio 2015, inserite nel predetto rapporto del 12 dicembre 2014, la specialista ha rilevato che dal punto di vista funzionale v'era un appiannamento della lordosi lombare, un'ipercurvatura dorsale con anteversione ed iperestensione di capo e collo, i piani posturali erano paralleli, sovraelevati a sinistra, anteversione dei cingoli a destra, quindi i sistemi tampone non erano in equilibrio, i test di Meerseman e di Fukuda erano positivi, v'era un'ipoconvergenza oculomotoria, maggiore a sinistra, test iperattività dei masseteri, maggiore a sinistra, iperattività delle masse muscolari anterolaterali del collo e dello sterno-cleido-mastoideo prevalentemente a sinistra. V'era inoltre uno squilibrio miogeno e una sindrome fasciale a livello della scapolo-toracica destra che portava ad instabilità a carico del cingolo scapolare destro, associata ipomobilità diaframmatica. Dal punto di vista strutturale si riscontrava un blocco funzionale del tratto cervicale alto, soprattutto verso destra, in misura minore del tratto cervicale basso, le contratture a sinistra limitavano la flessione laterale verso destra, il bending antero-posteriore del tronco era limitato di 1/3, ma vi era uno scorretto ritmo lombo-pelvico. Le rotazioni dorsali erano limitate. Il vertebrogramma del 21 novembre 2014 valutato secondo l'anatomia funzionale confermava una scoliosi sinistro convessa cervicale con rotazione retrolistesi e faccettopatia C2-C3, rettilineizzazione della curvatura C4-C7, una scomparsa dello spazio tra piano mandibolare e vertebrale, ioide retroposto, iperattività dei muscoli massetere e sterno-cleido-mastoideo a sinistra, dei muscoli

posteriori del collo e dei muscoli sovraioidei. Cingoli a sinistra sopraelevati, scoliosi destroconvessa dorsale, retrolistei L2-L3 e allineamento sagittale a decorso posteriore rispetto al muro vertebrale sacrale con pelvic incidence di 52° e sacral slope di 41° circa. La curante ha poi descritto l'iter riabilitativo molto lungo e intenso affermando che l'interessata non era mai giunta a un equilibrio posturale e muscoloscheletrico sufficiente per potere eseguire le attività di vita quotidiana, le attività come casalinga e quelle lavorative senza difficoltà sia prima sia dopo l'intervento che, ben riuscito, ha risolto i sintomi dovuti a EDD e le problematiche legate all'instabilità che portavano a ricorrenti episodi lombari acuti, ma la colonna vertebrale rimaneva disallineata e in disfunzione. Nel 2014 la paziente ha proseguito con un programma domiciliare autogestito di stabilizzazione del tronco e di riequilibrio muscolare, ma la sintomatologia dolorosa e le disfunzioni strutturali avevano reso necessarie l'introduzione di tecniche manuali per portare ogni volta la colonna a un allineamento più corretto e per permettere all'assicurata di mantenere delle migliori performances motorie. In conclusione, secondo la dottoressa _____ l'interessata presentava una disfunzione cervicocefalica dovuta a un cambio di posizione mandibolare che comportava una retroposizione dello ioide, contratture e squilibri muscolari e di conseguenza disfunzioni vertebrali e cingoli in disequilibrio. Inoltre, presentava una sindrome fasciale soprattutto a livello del cingolo scapolare e a livello della cerniera dorsolombare e una incapacità a ottenere e mantenere una stabilità muscolare ottimale. Il 25 febbraio 2015 (doc. 120) il perito dr. med. _____ ha preso posizione sul predetto rapporto così pure sul parere del fisioterapista del 15 gennaio 2015. In merito a quest'ultimo, il reumatologo ha affermato che il terapista aveva parlato di un miglioramento della sintomatologia algica sotto terapia; però si trattava di terapie passive e poco di terapie attive che, secondo il perito, sarebbero state essenziali per il miglioramento della situazione. Per il reumatologo, il parere espresso dalla dr.ssa _____ era molto dettagliato, ma carente sia perché anche questa volta la curante non ha preso posizione su quanto asserito dai colleghi della neurochirurgia il 13 dicembre 2013 quando riferivano di un'evoluzione soddisfacente con dolori lombari aspecifici e non riferiti dolori agli arti, quindi un miglioramento della situazione, sia perché essa ha parlato di degenza avvenuta presso la Clinica di _____ (maggio-giugno 2012), ma che è occorsa prima dell'intervento chirurgico di giugno 2013 (recte : gennaio); questa degenza era come un ultimo trattamento conservativo di sindrome attualmente di instabilità L5/S1. Ritenuto come il miglioramento è avvenuto dopo l'intervento, tale degenza aveva un valore limitato. Dei problemi muscolari evidenziati dal medico curante il perito ne ha tenuto conto nella sua valutazione, ponendo chiare limitazioni di carico e di postura, unite a un'inabilità lavorativa del 20% quale casalinga, da intendere per attività particolarmente pesanti. Molte di queste contratture o indurimenti erano inoltre dipendenti spesso dal momento della giornata o dal momento stesso della paziente. Quanto al vertebrogramma, per il reumatologo la scoliosi sinistroconvessa cervicale era veramente minima, sicuramente al di sotto dei 10° con minima retinizzazione della curvatura, l'allineamento sagittale era invece perfettamente mantenuto con angolo postero-superiore, cioè linea fra C7 e S1 non superiore ai 6mm. In merito all'incidenza pelvica l'angolo anatomico era fisso dalla fine della crescita e non influenzato dall'età, imponeva soprattutto la forma della colonna, non v'era un chiaro valore normale, ma valore medio di circa 50° che corrispondeva a quello della paziente di 52°. Questi angoli erano estremamente importanti nell'ambito di interventi di decompressione di canale spinale stretto per decidere o meno stabilizzazione o unicamente decompressione. Secondo il perito, il parere della collega metteva a fuoco vari problemi

muscolari che egli ha riassunto sotto lo pseudonimo di insufficienza muscolare, problemi che di base non vanno ritenuti definitivi. La curante non ha diagnosticato problemi nuovi rispetto alla sua perizia e i problemi di cui ha riferito non erano da ritenersi definitivi. L'assicurata stessa ha detto al perito che assumeva medicinali per il dolore in modo regolare, ma unicamente un Ponstan o un Voltaren una volta alla settimana. Egli ha tenuto anche conto di questo problema che, unito a quelli degenerativi e soprattutto a stato dopo intervento, imponeva limitazioni nei lavori pesanti. Pertanto, l'esperto ha riconfermato l'abilità attestata per lavori leggeri e l'abilità all'80% come casalinga e ha concordato con il fisioterapista di continuare con la terapia ma, a suo dire, in modo molto più attivo e di rinforzo. Dovessero transitoriamente aumentare i dolori era possibile migliorare la terapia antalgica in paziente che assumeva solo un minimo di medicinali. Il dr. _____ del Servizio Medico Regionale era concorde il 10 marzo 2015 (doc. 122) con la valutazione del dr. _____ e ha quindi confermato il contenuto della perizia reumatologica del 24 febbraio 2014, riassunta nel rapporto finale del 1° aprile 2014. Il 13 maggio 2015 (doc. 127) la dr.ssa med. _____ ha certificato un'inabilità lavorativa del 50% della ricorrente dal 17 marzo al 30 luglio 2015 e il 16 novembre 2015 (doc. 132) dal 1° agosto al 31 dicembre 2015. La decisione del 17 giugno 2015 (doc. 123 e 131) dell'Ufficio AI ha confermato il progetto di attribuzione di una rendita intera temporanea di invalidità dal 1° ottobre 2012 al 31 maggio 2014. A fine febbraio 2016 (doc. 135) la curante ha trasmesso all'amministrazione un referto radiologico del 21 novembre 2014, il rapporto del 10 febbraio 2016 del dr. med. _____ del Servizio di neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____ e due referti del dr. med. _____, che riportavano gli esiti della radiografia alla colonna lombare e della risonanza magnetica alla colonna lombare con mezzo di contrasto. In particolare, il neurochirurgo ha riferito della consultazione del 2 febbraio 2016, durante la quale l'assicurata aveva affermato che la problematica algica sostanzialmente permaneva, erano presenti dei dolori agli arti inferiori dopo un'ora di cammino, incostanti al gluteo e alla superficie posteriore della coscia da ambo i lati. Pronunciatosi sugli esami radiologici effettuati dal dr. _____, lo specialista ha rilevato una maggior mobilità del segmento L4-L5 sia del segmento rostrale a quello stabilizzato, mentre la RM non mostrava veri e propri segni di scompenso del segmento L4-L5 ed escludeva compressioni sacco-radicolari. In ogni caso, i sintomi descritti dall'interessata non erano da imputare a uno scompenso di livello. Era stato deciso di approfondire il quadro diagnostico e valutare se sussisteva un'indicazione per una terapia infiltrativa locale. Valutata questa nuova documentazione, il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ritenuto il 4 marzo 2016 (doc. 137) che non emergesse un peggioramento dello stato di salute rispetto a quanto descritto nella perizia del dottor _____. Tuttavia, era ancora in corso un completamento diagnostico da parte del dr. _____ che avrebbe potuto escludere o confermare una modifica delle condizioni funzionali a livello della colonna. Quest'ultimo specialista è quindi stato interpellato dall'Ufficio AI con invito a descrivere l'evoluzione della situazione dal 13 dicembre 2013 in poi e nel rapporto medico compilato il 12 maggio 2016 (doc. 146) il capo clinica di neurochirurgia ha indicato di avere visitato l'ultima volta l'assicurata il 2 febbraio 2016 riscontrando persistenza di dolore toraco-lombare e agli arti inferiori e che ciò comportava degli impedimenti sullo svolgimento dell'attività professionale svolta, ma che andava ancora da valutare se era possibile proseguire tale attività, così come era da valutare la capacità lavorativa, avendo segnalato il caso al Centro della terapia del dolore per valutare una terapia infiltrativa. V'era la possibilità di cronicizzazione dei disturbi. Infine, il medico

ha indicato che non era esigibile svolgere attività esclusivamente in posizione seduta e nemmeno in posizione esclusivamente eretta o ancora camminando. A dire del dr. _____ dell'SMR, questo referto mostrava uno stato clinico sostanzialmente invariato rispetto a quanto descritto nel rapporto finale del 2 (recte: 1°) aprile 2014. Dal referto del 17 marzo 2016 (doc. G) trasmesso all'Ufficio AI dall'assicurata unitamente alle sue osservazioni al progetto del 15 giugno 2016 (doc. 150) di assegnazione di una rendita intera temporanea dal 1° ottobre 2012 al 31 maggio 2014, risulta che il dr. med. _____, FMH reumatologia, ha trovato esclusivamente 3 punti dolenti a livello paravertebrale dorsale destro, un punto ben preciso sull'ala iliaca destra e una spinalgia L4/L5. I ROT degli arti inferiori erano difficilmente evocabili, quasi assenti, per cui non poteva essere effettuata una valutazione valida su questo parametro. L'assicurata presentava già numerosi tender points a livello del cingolo scapolare e dei gomiti, per cui era ipotizzabile una risposta secondaria miotensiva tipo fibromialgico. A suo dire, l'interessata poteva svolgere molte mansioni, ma dopo alcuni minuti doveva riposare il rachide in quanto, sempre dai referti, sarebbe risultata anche un'instabilità residua, ma al livello superiore di quello operato. Egli ha prescritto unicamente un miorilassante a mezza dose prima di coricarsi. Il dr. med. _____ del Centro per la terapia del dolore, FMH in anesthesiologia, ha riferito il 31 maggio 2016 (doc. 153) che al controllo del 19 precedente la paziente lamentava dolori paravertebrali lombari diffusi senza irradiazione dermatomerica specifica. I dolori sembravano essere concentrati maggiormente a livello paravertebrale lombare destro, con irradiazione alla giunzione toraco-lombare. I dolori erano ben evocabili alla digitopressione profonda e la paziente lamentava anche dolori all'arto inferiore sinistro lungo l'aspetto anteriore della coscia fino al ginocchio, senza irradiazione distale. L'esame neurologico non evidenziava deficit di forza o di sensibilità. Alla RMN del 2015 venivano messi in evidenza lievi protrusioni discali soprattutto in L4/L5 senza segni di compressione radicolare, perciò, a suo avviso, era difficile oggettivare la natura dei sintomi. Lo specialista aveva proposto all'interessata di eseguire un'infiltrazione periradicolare L4 sinistra, che è stata effettuata il 17 giugno 2016 come riferito dallo stesso specialista nel referto della settimana seguente (doc. 153). Il 5 luglio 2016 l'anestesista ha osservato che il risultato ottenuto confermava una radicolopatia L4 sinistra, mentre escludeva una componente faccettaria nella genesi del dolore lombare. Egli ha consigliato una nuova RM lombare per compararla a quella del 2012, esame che il dr. med. _____ ha eseguito il 12 ottobre 2016 (doc. 163). Il dr. med. _____ ha rivisto la paziente il 18 gennaio 2017 e la settimana seguente (doc. 165) ha riferito di avere deciso di effettuare un'elettro-neuromiografia per escludere una sofferenza di tipo L4 o anche L3 a sinistra. Dopodiché avrebbe valutato se sussisteva un'indicazione chirurgica. Detto esame è stato effettuato il 19 gennaio 2017 e nel referto del 26 gennaio 2017 (doc. 170) è indicato che risultava nella norma agli arti inferiori e che mostrava minimi segni di sofferenza neurogena cronica in territorio L5 di sinistra senza segni per denervazione acuta in territorio L3, L4 e L5 di sinistra. Il 1° febbraio 2017 lo specialista ha rivisto la paziente e nel suo referto del 28 febbraio 2017 (doc. 170) ha escluso che vi fossero gli estremi per un intervento chirurgico di prolungamento della stabilizzazione e della fusione in L4-L5. A suo dire, andava comunque organizzato un ricovero stazionario presso la Clinica di _____ per fare il punto della situazione del dolore lombare e agli arti inferiori e adottare tutte le strategie conservative possibili. Nel rapporto medico inviatogli dall'amministrazione compilato il 13 giugno 2017 (doc. 172) il dr. med. _____, che aveva visto l'assicurata l'ultima volta il 17 maggio precedente, aveva riferito di un quadro stazionario, con persistenza di dolore lombare e all'arto inferiore

sinistro in stato dopo pregresso intervento di decompressione, fusione e stabilizzazione L5/S1, che le impedivano di svolgere l'attività abituale e la cui capacità lavorativa era ancora da valutare. Infatti, il neurochirurgo aveva proposto un test di neuromodulazione in caso di ulteriore peggioramento dei dolori. Quest'ultima documentazione medica è stata sottoposta al dr. med. _____, il quale il 24 luglio 2017 (doc. 173) ha ritenuto che non modificasse le conclusioni del rapporto finale del 2 (recte : 1°) aprile 2014. Gli esami strumentali (MRI e ENMG) e le visite specialistiche neurologiche descrivevano e valutavano una situazione clinica stabilizzata, invariata e sovrapponibile a quanto contenuto nel predetto rapporto finale. Alla luce di ciò, sentito nuovamente il consulente in integrazione professionale l'8 agosto 2017 (doc. 175), con decisione del 12 aprile 2018 (doc. B) l'Ufficio AI ha confermato il diritto alla rendita intera temporanea dal 1° ottobre 2012 al 31 maggio 2014. Nel suo ricorso l'assicurata ha prodotto i certificati medici del 5 febbraio 2012 e del 12 dicembre 2014 della dr.ssa med. _____, l'attestazione medica dell'11 aprile 2012 del prof. dr. med. _____ e il rapporto del 17 marzo 2016 del dr. med. _____, tutti già agli atti dell'amministrazione. Pendente causa l'Ufficio AI ha trasmesso al Tribunale la lettera d'uscita della Clinica di riabilitazione di _____ del 17 maggio 2017 (doc. VIII/3) relativa alla degenza della ricorrente dal 30 marzo al 26 aprile 2017 avvenuta per un ricondizionamento psico-fisico generale su dolore multifattoriale. Sono stati esposti la diagnosi, l'anamnesi, il quadro clinico all'ammissione con, in particolare, a sinistra dolore intenso al movimento e cammino (scala VAS 7/10) coinvolgente la fascia lata della coscia con interruzione a livello soprarotuleo, il progetto riabilitativo, il decorso con un lieve ma significativo miglioramento alla tolleranza agli sforzi e una riduzione parziale dei dolori e infine il quadro clinico alla dimissione, in cui è indicato che la paziente è stata dimessa in migliorate condizioni fisiche con il suggerimento di proseguire con la terapia ambulatorialmente. Al rachide lombare permaneva algia in fase telefasica del rachide in estensione, mentre agli arti inferiori, a destra, il dolore era in riduzione a livello della fascia muscolare glutea e, a sinistra, il dolore era ancora presente al movimento e al cammino, ma di minore intensità (scala VAS 2-3/10). Test del cammino in 6 minuti: all'ammissione 122 metri con 4 pause, alla dimissione 220 metri con 1 pausa. L'assicurata è stata dimessa con una terapia farmacologica che prevedeva, solo se dolori, un antidolorifico al massimo due volte al giorno e l'applicazione del cerotto Flector una volta al giorno. Il 3 luglio 2018 (doc. VIII/1) il dr. md. _____ del Servizio Medico Regionale si è pronunciato su questo rapporto, rilevando che durante la degenza era stato osservato un lieve ma significativo miglioramento alla tolleranza agli sforzi e una riduzione parziale dei dolori. L'interessata era stata dimessa in migliorate condizioni fisiche con il suggerimento di proseguire con la terapia ambulatoriale. L'SMR ha inoltre evidenziato che, alla dimissione, il dolore era di minore intensità e che la deambulazione era migliorata. Pertanto, ha confermato le conclusioni espresse nel rapporto finale. Dato che la nuova documentazione non apportava significative modifiche in seno alle diagnosi o peggioramenti oggettivabili dello stato funzionale, egli ha ritenuto giustificato considerare la nuova certificazione come una diversa valutazione clinica per uno stato clinico invariato. Come osservato in precedenza, gli esami strumentali (MRI e ENMG) e le visite specialistiche neurologiche descrivevano e valutavano una situazione clinica stabilizzata, invariata e sovrapponibile a quanto descritto nel rapporto finale dell'aprile 2014. La dr.ssa med. _____ ha visitato la ricorrente il 20 giugno 2018 per una sindrome lombare persistente e invalidante in postumi di stabilizzazione lombare chirurgica, con difficoltà nelle attività di vita quotidiana. Nel suo referto del 30 luglio 2018 (doc. XIII/1) la

specialista ha riferito che nonostante il recente ricovero riabilitativo il quadro clinico non era migliorato, ma era in graduale peggioramento rispetto all'ultima visita del 13 settembre 2016. Il medico curante ha potuto verificare un importante squilibrio posturale discendente con baricentro anteposto, piani posturali sovraelevati a sinistra e bacino anteruotato a destra. Blocco vertebrale della cerniera cervico-cefalica e di C5-C6 in disfunzione cranio-mandibolare, iperattività dei masseteri, degli scaleni, degli sterno-cleido-mastoidei e dei trapezi. Ne conseguiva una marcata limitazione delle rotazioni cervicali sia del tratto alto che del tratto basso. Blocco vertebrale mediodorsale associato a ipomobilità diaframmatica, limitate rotazioni dorsali. Rigidità in bending anteroposteriore del tronco soprattutto al ritorno in posizione fisiologica, limitazione nei massimi ranges articolari, vivo dolore sui legamenti sacroiliaci a destra, iperattività della catena posteriore a sinistra, test della marcia impossibile per instabilità. Confrontando le rx colonna in toto del 2014 e 2018 (doc. XII/2), a suo dire si rilevava in laterale un peggioramento della curvatura del rachide cervicale in rettilineizzazione e soprattutto della discopatia e retrolistesi C3-C4, la mandibola risultava maggiormente retroposta e laterodeviata nel 2018. Incremento delle curvature dorsolombari immagine in apertura delle viti con presenza di discopatia a monte dell'intervento, oltre che retrolistesi L4-L5. In anteroposteriore nel 2018 il capo risultava inclinato verso sinistra, era insorta una scoliosi cervico-dorso-lombare, oltre che marcato disequilibrio del bacino con torsione, bacino sovraelevato a sinistra con sovraccarico sul femore sinistro. Marcata eterometria con ipometria a destra. Confrontando la MRI 2011/2015 e 2018 era insorta retrolistesi L4-L5 ed era in via di peggioramento la EDD L4-L5. In conclusione, nonostante l'intervento chirurgico di stabilizzazione L5-S1 fosse stato correttamente eseguito, il rachide si era scompensato gradualmente perché i recettori posturali in disfunzione continuavano a sovraccaricare la colonna e a portare in disfunzione i seri segmenti vertebrali come anche il bacino. Il sistema muscoloscheletrico stava perdendo sempre di più il suo equilibrio posturale. Il dr. med. _____ si è riconfermato il 7 agosto 2018 (doc. XIV/1) nel rapporto finale del 2014, non apportando la nuova documentazione significative modifiche dello stato funzionale e quindi ritenendo giustificato considerare questo certificato come una diversa valutazione medica per uno stato clinico invariato.

2.5 Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008;

STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier

au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.6 Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute della ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno dal 24 febbraio 2014 in poi, ovvero da quando il perito dr. med. _____ ha reso il suo rapporto. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'Ufficio AI l'abbia accuratamente vagliato prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Va innanzitutto rilevato che il medico SMR ha intravisto subito, nel 2012 (doc. 34), la necessità di sottoporre l'assicurata a una perizia reumatologica, valutazione che, però, ha dovuto essere rimandata di oltre un anno a causa dell'intervento chirurgico di decompressione, fusione e stabilizzazione con approccio posteriore (PLIF) del segmento L5/S1 a cui si è sottoposta la ricorrente l'11 gennaio 2013 per mano del dr. med. _____. Nel febbraio 2014 il reumatologo nominato dall'Ufficio AI ha esaminato l'assicurata sia personalmente sia sulla base degli atti medici messi a sua disposizione, le radiografie e l'anamnesi. Egli ha esposto i dati soggettivi dell'interessata, la quale lamentava forti dolori che miglioravano nel corso della giornata muovendosi, dolori paravertebrali a destra, lombosacrali e toracale irradiante al fianco destro, che le permettevano di stare in piedi solo per pochi minuti e seduta per meno

di mezz'ora, anche se il perito ha notato che quest'ultima posizione non le aveva comportato della sofferenza. Lo specialista ha poi esaminato attentamente l'assicurata, in particolare la colonna vertebrale e le articolazioni, sia superiori che inferiori e ha preso atto degli esami radiologici effettuati nel 2013 prima e dopo l'intervento chirurgico, come pure della radiografia alla colonna lombare da lui fatta. Secondo i referti medici agli atti, l'operazione alla schiena ha avuto una buona evoluzione e in particolare lo scritto del 13 dicembre 2013 ha riferito di un decorso soddisfacente clinicamente, in quanto i dolori lombari erano aspecifici e non erano riferiti dolori agli arti inferiori, circostanza che contrastava con il parere della dr.ssa med. _____, suo medico curante, che l'ha ritenuta inabile al 100%. Inoltre, pure la stessa ricorrente ha riferito al perito un miglioramento dei dolori dopo l'intervento. L'esperto ha riconosciuto che v'era un'insufficienza muscolare, che era anche ben visibile alla radiografia che mostrava una iperlordosi lombare, non presente prima dell'intervento, dovuta all'insufficienza muscolare. Inoltre, v'era un'alterazione degenerativa a livello L4-L5 con protrusione discale che produceva una certa limitazione a livello della capacità lavorativa. Per il reumatologo, soprattutto, c'era un notevole ritardo fisioterapico ben visibile dall'iperlordosi lombare e ha ritenuto essenziale una terapia attiva e non più passiva come svolto fino a quel momento dall'assicurata. Egli ha altresì fatto notare che quest'ultima non assumeva una terapia antalgica fissa, ma solo al bisogno. Per questi motivi, considerato soprattutto il miglioramento delle condizioni generali, a suo dire era esigibile che l'interessata continuasse a svolgere l'attività di donna delle pulizie per al massimo sei ore al giorno, ossia in ragione del 75% del tempo (6 ore su 8 ore al giorno), ma che si doveva considerare la diminuzione del rendimento del 10% per la necessità di effettuare pause prolungate, ciò che corrisponde, come ha ritenuto il 1° aprile 2014 (doc. 84) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, a un'abilità lavorativa del 65% dal 24 febbraio (e non marzo) 2014. Quest'ultimo ha al riguardo osservato che il perito ha constatato la diminuzione della caricabilità della colonna, ma come tale ciò non giustificava un'inabilità lavorativa totale. Secondo il reumatologo, alla luce degli esami radiologici, dell'esame clinico effettuato di persona e dei rapporti medici, l'assicurata aveva ancora una capacità lavorativa, fermo restando determinati limiti funzionali. Da parte sua, la dr.ssa med. _____, medico curante della ricorrente, successivamente alla predetta perizia e al progetto di decisione del 13 novembre 2014, ha contestato che l'assicurata fosse in grado di svolgere con costanza un'attività lavorativa; a suo dire, la paziente era solo in grado di eseguire lavori leggeri di tanto in tanto, perché l'intervento chirurgico non aveva risolto le problematiche funzionali a livello del rachide e la scorretta distribuzione del carico. La specialista in medicina fisica e riabilitazione ha esposto nel dettaglio lo stato della ricorrente dopo sua valutazione clinica e anche sulla base del vertebrogramma del 21 novembre 2014 e della valutazione posturometrica e ha concluso che l'assicurata presentava una disfunzione cervicocefalica e di conseguenza disfunzioni vertebrali e cingoli in disequilibrio, una sindrome fasciale e un'incapacità a ottenere e mantenere una stabilità muscolare ottimale. Al riguardo, il dr. _____ ha ribattuto il 25 febbraio 2015 (doc. 120) che i problemi muscolari riferiti dalla collega non erano definitivi e quindi erano di possibile correzione con un'adeguata terapia, anche se un certo scompensamento sarebbe rimasto nell'assicurata, siccome operata e un recupero totale era difficile. Ma di ciò egli ne ha tenuto conto ponendo delle limitazioni di carico e di postura, unite all'inabilità lavorativa del 20% quale casalinga, da intendere in attività particolarmente pesanti. Egli si è inoltre pronunciato nel dettaglio sul vertebrogramma del 2014, osservando come la modifica della scoliosi fosse minima e che

l'allineamento sagittale era invece perfettamente mantenuto. Pertanto, i vari problemi muscolari evidenziati dal medico curante, il reumatologo li aveva riassunti sotto la denominazione di insufficienza muscolare, precisando che, di base, non andavano ritenuti definitivi. Di conseguenza, la dr.ssa _____ non aveva diagnosticato problemi nuovi e quelli evocati non erano definitivi, tanto che l'assunzione di medicinali non avveniva in modo regolare, ma solo al bisogno al massimo una volta alla settimana. A tale proposito, il perito ha osservato di averne tenuto conto e che, unito ai problemi degenerativi e allo stato dopo l'intervento, ha fatto sì che ponesse delle limitazioni di carico nei lavori pesanti (non sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10kg e non assumere posture monotone). Alla luce di ciò, il dr. _____ ha confermato la sua precedente valutazione, invitando l'assicurata a continuare la fisioterapia in modo molto più attivo e di rinforzo, rilevando, altresì, che c'era la possibilità di migliorare la terapia analgica qualora fossero aumentati i dolori transitoriamente, visto che, fino a quel momento, l'assunzione di farmaci era minima. Il TCA evidenzia che tre mesi dopo, il 13 maggio 2015 (doc. 127), la dottoressa _____ ha certificato che la sua paziente era stata inabile al lavoro dal 17 marzo al 17 maggio 2015 in ragione del 50% e che lo sarebbe stata ancora dal 18 maggio fino al 30 luglio 2015. In seguito, un simile certificato è stato allestito pure il 16 novembre 2015 (doc. 132) e indicava che dal 1° agosto 2015 al 31 ottobre 2015 essa era sempre inabile al 50% e che tale incapacità si sarebbe protratta dal 1° novembre fino a fine anno. Queste affermazioni stridono dunque con le richieste dell'assicurata di continuare a beneficiare di una rendita intera anche dopo la valutazione del febbraio 2014 del perito e ciò sulla scorta dei certificati della stessa dr.ssa med. _____ che, a dire della ricorrente, avrebbe sempre attestato una sua inabilità lavorativa totale (doc. I pag. 6 in fine). Quanto agli altri referti degli specialisti che hanno visitato la ricorrente, va qui rilevato che in realtà nessuno di essi ha mai attestato un'inabilità lavorativa totale. Per esempio, il dr. med. _____, che è stato più volte interpellato dall'amministrazione, ha sempre indicato che la capacità lavorativa dell'assicurata era ancora da valutare, perché riteneva necessario sottoporla prima ad ulteriori accertamenti, quali una risonanza magnetica lombare, una radiografia e una valutazione da parte del centro per la terapia del dolore, che l'ha sottoposta a un'infiltrazione periradicolare L4 a sinistra il 17 giugno 2016. A ciò ha fatto seguito una nuova RM lombare e, su invito del neurochirurgo, l'interessata è stata sottoposta a un esame a scopo diagnostico: un'elettro-neuromiografia, avvenuta a inizio 2017 e che era risultata nella norma agli arti inferiori, perciò lo specialista ha escluso un intervento chirurgico di prolungamento della stabilizzazione e della fusione in L4-L5, ma ha ritenuto utile un ricovero stazionario in una clinica riabilitativa, che ha avuto luogo dal 30 marzo al 26 aprile 2017. Anche nel suo ultimo referto del 13 giugno 2017 (doc. 172) il capo clinica di neurochirurgia ha segnalato che il dolore lombare e all'arto inferiore sinistro impedivano l'esercizio dell'attività professionale svolta in precedenza dall'assicurata, ma non ha saputo indicare se era pensabile che l'assicurata proseguisse tale attività, avendo nuovamente risposto che era "ancora da valutare", così come la capacità lavorativa era "da valutare" e allo stesso modo una ripresa dell'attività professionale oppure un aumento della capacità di impiego. Ugualmente, anche la capacità lavorativa residua in attività adeguata era "da valutare". A ben vedere, quindi, nemmeno il neurochirurgo che da anni aveva in cura l'assicurata si è mai pronunciato sulla sua capacità lavorativa né nell'attività abituale né in altre adeguate. Il dr. med. _____, FMH in reumatologia, invece, il 17 marzo 2016 (doc. G) ha affermato che l'interessata poteva "svolgere molte mansioni, ma che dopo alcuni minuti debba riposare il rachide in quanto, sempre dai referti, risulterebbe anche una

instabilità residua ma al livello superiore di quello operato. ”. Di conseguenza, l’assicurata era in grado di svolgere delle attività lavorative, fermo restando delle limitazioni funzionali. Pure il perito dr. med. _____ aveva preso in considerazione la necessità di effettuare delle pause tanto che, proprio per questo motivo, aveva stabilito una riduzione del rendimento del 10% per lo svolgimento dell’attività abituale come donna delle pulizie. Il dr. _____ ha altresì riconosciuto che l’assicurata manifestava una insufficienza muscolare, che però non era definitiva, ma che poteva essere migliorata con un’adeguata terapia che andava continuata in modo molto più attivo e di rinforzo, mentre fino ad allora l’assicurata si era prevalentemente limitata a una fisioterapia passiva. Va inoltre segnalato che nel 2014, quando il perito l’ha visitata, l’interessata non assumeva nessuna terapia antalgica fissa, ma solo al bisogno una volta circa alla settimana. Di questa circostanza l’esperto ne ha tenuto conto nella sua valutazione e meglio nelle limitazioni stabilite nei lavori pesanti. Inoltre, egli ha evidenziato che qualora i dolori fossero transitoriamente aumentati, la terapia antalgica poteva essere migliorata. D’altronde, al momento della sua valutazione, l’interessata stessa aveva riferito che c’era stato un miglioramento dei dolori dopo l’intervento chirurgico. Anche l’ultimo soggiorno presso la Clinica di _____ nel 2017 ha apportato dei benefici all’assicurata sui dolori al rachide e all’arto inferiore sinistro, anche se la sintomatologia algica era lentamente tornata alla situazione precedente il ricovero e i dolori erano trattati con antiinfiammatori sostanzialmente giornalieri. Se da una parte è indiscusso che dei dolori lombari e all’arto inferiore sinistro fossero sempre presenti, dall’altra parte va però osservato che negli anni vi sono stati diversi periodi in cui vi sono stati dei miglioramenti che sono stati attestati anche dagli specialisti. Inoltre, come visto, sia una fisioterapia più attiva sia una terapia algica potevano migliorare la situazione della ricorrente. Quest’ultima si è infatti sottoposta anche a una infiltrazione nel giugno 2016. Non va infine dimenticato di evidenziare che il Servizio Medico Regionale ha preso posizione su ciascun documento che la ricorrente ha trasmesso all’Ufficio AI sin da dopo la perizia del 2014 e che, attentamente analizzati i certificati medici dei curanti, sia prima il dr. med. _____ sia poi il dr. med. _____, hanno sempre affermato che tali atti descrivevano sostanzialmente una situazione clinica stabilizzata, invariata e sovrapponibile a quanto descritto nel rapporto finale del 1° aprile 2014 che è stato reso dopo la perizia del dr. _____. Ciò, anche alla luce degli esami strumentali eseguiti, quali radiografie, varie risonanze magnetiche e l’elettroencefalografia. Tutto ben considerato, questa Corte conclude dunque che dai referti medici prodotti dall’assicurata all’amministrazione non è possibile trarre una conclusione diversa da quella del 2014 resa dal perito dr. med. _____, e meglio che sebbene fossero presenti dei dolori toraco-lombari e all’arto inferiore sinistro, così pure un’insufficienza muscolare, tuttavia la ricorrente rimaneva in grado di continuare a svolgere la sua attività di donna delle pulizie e custode in ragione del 75% del tempo, ovvero nella misura di sei ore al giorno, ma con una riduzione del rendimento del 10% e quindi sostanzialmente nella misura del 65%, fermo restando determinati limiti funzionali e di carico. L’assicurata era infatti in grado di sollevare ripetutamente pesi fino a 10kg e di eseguire qualsiasi lavoro con carico discontinuo, ma doveva soprattutto cambiare postura di tanto in tanto nell’esercizio della sua attività precedente. Per contro, essa era in grado di lavorare al 100% nell’ambito di qualsiasi attività che non richiedesse di sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10kg, di lavorare a lungo in anteflessione o su posture monotone, ma doveva potere cambiare postura ogni 2 ore circa e non doveva camminare per più di 1-2km. D’altronde, contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, il suo stesso medico curante, dr.ssa _____, ha certificato

praticamente per tutto il 2015 una capacità lavorativa del 50%. Occorre ancora evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è in sostanza limitata ad affermare che la perizia del dr. _____ sarebbe incompleta e ormai datata visti gli anni trascorsi e che il suo danno alla salute sarebbe peggiorato e non certo migliorato come sostenuto dal reumatologo. L'assicurata non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche di un suo stato di salute peggiore rispetto alla valutazione del perito, tale da giustificare un'inabilità lavorativa maggiore stabilita dalla dr.ssa med. _____. Infatti, i referti dei medici curanti prodotti con il ricorso, eccetto quello del 2016 e del 2018, sono già stati tutti prodotti in occasione della procedura amministrativa e già debitamente vagliati dallo specialista in reumatologia nominato dall'Ufficio AI siccome datati 2012 e 2014, mentre sul referto del dr. med. _____, allestito nel 2016, si è pronunciato il medico del Servizio Medico Regionale prima che l'Ufficio AI rendesse la decisione qui impugnata. Sulla richiamata lettera di dimissione dalla Clinica di _____ relativa alla degenza del 2017 (doc. VIII/3) e sul rapporto del giugno 2018 (doc. XII/1) della dr.ssa med. _____ si è chinato il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale pendente causa. La ricorrente si è quindi limitata ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che dal febbraio 2014 sia avvenuto un miglioramento della situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo. Soprattutto, certificati in ambito neurologico e reumatologico che attestino validamente di una situazione peggiore rispetto a quella stabilita dal dottor _____ non sono stati prodotti dalla ricorrente. Come visto, lo stesso dr. med. _____ non si è mai espresso sulla capacità lavorativa dell'assicurata ritenendola sempre "ancora da valutare" in attesa, di volta in volta, di sottoporre l'interessata ad ulteriori accertamenti medici, mentre la dr.ssa med. _____ ha ritenuto l'assicurata inabile al lavoro al 50% praticamente per tutto l'anno 2015 e in seguito ha segnalato un peggioramento. In virtù delle considerazioni esposte, in assenza di nuovi atti medici che mettano in dubbio le conclusioni che ha tratto il perito dal punto di vista somatico, il TCA deve ritenere come completo, chiaro e affidabile il rapporto allestito il 24 febbraio 2014 dal dr. med. _____ e il suo complemento del 25 febbraio 2015. In particolare, le sue conclusioni sono state rese dopo un attento esame personale delle condizioni oggettive e quindi su delle valutazioni e constatazioni concrete della capacità lavorativa dell'assicurata non solo

nell'attività abituale di donna delle pulizie, ma anche dell'abilità residua in altre attività adeguate. Il rapporto del 24 febbraio 2014 ha motivato in modo completo ed esaustivo le ragioni per avere concluso a un miglioramento dello stato di salute dell'assicurata successivamente all'intervento del gennaio 2013 e quindi alla capacità lavorativa del 65% come donna delle pulizie e custode rispettivamente del 100% in altre attività adeguate rispettose di limiti funzionali. Inoltre, nel suo complemento peritale del 2015 il reumatologo ha commentato il vertebrogramma del 21 novembre 2014 e ha preso posizione sul parere della collega dr.ssa _____, motivando nel dettaglio la sua contrarietà alle conclusioni del medico curante. Pertanto, in assenza di ulteriore documentazione medica specialistica che contraddica le predette chiare conclusioni dell'esperto, non v'è un valido motivo per apportare una modifica alle sue valutazioni delle condizioni di salute della ricorrente con attinenza alla decisione del 12 aprile 2018 qui impugnata. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurata, così come implicitamente da essa richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Alla luce di ciò, la scrivente Corte non può che confermare lo stato di salute della ricorrente così come valutato dal dr. med. _____ nel suo parere del 24 febbraio 2014 e confermato un anno dopo nel suo complemento, oltre che ribadito a più riprese dai dr. med. _____ e _____ dell'SMR e ciò anche dopo aver preso atto dei referti della dr.ssa med. _____, del dr. med. _____, del dr. med. _____, del dr. med. _____ e della Clinica di riabilitazione di _____. Non v'è infatti motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari non ne sono stati trasmessi pendente causa dalla ricorrente. Il dottor _____ ha in effetti avuto modo di pronunciarsi diverse volte sull'intera questione e, soprattutto, ogni qualvolta che l'assicurata trasmetteva nuova documentazione medica all'attenzione della amministrazione, corroborando le conclusioni tratte dal perito secondo cui, in sostanza, dopo un miglioramento avuto con l'operazione del gennaio 2013, dal febbraio 2014 la situazione era rimasta stabile ed era sovrapponibile al quadro clinico rilevato con la perizia del 2014. Anche la documentazione più recente, trasmessa pendente causa e, addirittura, richiamata dallo stesso SMR (doc. VIII/3), era stata considerata come una diversa valutazione clinica per uno stato clinico invariato. Il Servizio Medico Regionale, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b), non ha ammesso uno stato di salute

dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dallo specialista intervenuto su mandato dell'Ufficio AI. Per quanto concerne il più recente referto medico emesso nel giugno 2018 (doc. XII/1), prodotto con il ricorso e pendente causa, come osservato dal dr. med. _____ lo stesso non è atto a sovvertire le precedenti conclusioni dell'SMR. Secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, in concreto il 12 aprile 2018, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento. Di conseguenza, il giudice delle assicurazioni sociali si pronuncia unicamente sulla situazione di fatto prodottasi fino al momento determinante della decisione amministrativa in lite (cfr. fra le tante: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). In virtù delle considerazioni esposte, l'aspetto medico stabilito dal perito alla base della decisione dell'Ufficio AI di attribuire un grado d'incapacità lavorativa dell'assicurata al 100% unicamente temporaneamente, giacché dalla perizia reumatologica è stata ritenuta una capacità lavorativa del 65% nell'attività precedente e del 100% in altre adeguate, va di conseguenza confermato. 2.7 Per quanto concerne l'aspetto economico, la ricorrente ha contestato che per il calcolo del grado di invalidità si sia considerato un reddito da invalida "per un'attività da invalida superiore al 100% sommando un reddito in attività semplice e ripetitiva, con una riduzione del 4% per attività leggera e del 5% per altri fattori, aggiungendo poi un'ulteriore attività lavorativa di custode in misura del 65% con una riduzione di rendimento del 10%." (doc. I punto 4 pag. 4). A suo dire, al limite era esigibile solo l'attività precedente e "con riferimento al suo impiego normale al 100% () con reddito di CHF 52'000.- con una riduzione del 35%, quindi CHF 33'800.-. A fronte del reddito da valida di CHF 68'905.- ritenuto nella decisione AI si verifica quindi una perdita salariale di CHF 35'105.- pari al 51%." (doc. I pag. 7). L'Ufficio AI ha calcolato il reddito da valida conseguito nel 2012 sommando i redditi incassati come ausiliaria di pulizie (Fr. 52'005.-) e di custode presso due condomini (Fr. 6'500.- + Fr. 10'400.-), per giungere all'ammontare di Fr. 68'905.- (doc. 99). Per il reddito da invalida, l'amministrazione ha ritenuto che poiché l'attività di custode era ancora esigibile al 65% con riduzione del rendimento del 10% secondo il rapporto finale SMR, allora una parte di reddito delle attività accessorie andava aggiunto al reddito da invalida. Infatti, l'assicurata avrebbe potuto mantenere le attività di custode, eventualmente delegando i lavori più pesanti al marito o ai figli maggiorenni che vivevano nella medesima economia familiare. Da questi due redditi (Fr. 16'900.-), presi in ragione del 65% (Fr. 10'985.-) e dedotto il 10% per riduzione del rendimento, si ha un reddito esigibile di Fr. 9'886.-, che è stato sommato al reddito statistico da invalida di Fr. 48'962,47 - ottenuto deducendo il 9% per motivi personali dal reddito statistico di Fr. 53'804,91 per un'attività semplice e ripetitiva svolta nel 2012 per 41,7 ore alla settimana secondo la Tabella TA1 2010 (doc. 98) -, per giungere a un reddito da invalida di Fr. 58'848.-. Paragonando il reddito da valida (Fr. 68'905.-) con quello da invalida (Fr. 58'848.-), si ottiene un grado di invalidità del 15%. 2.8 La ricorrente ha sostanzialmente contestato di essere in grado di continuare a svolgere l'attività accessoria di custode e ciò, a maggior ragione, se aggiunta a un'altra attività adeguata svolta al 100% come ritenuto dall'amministrazione. Il TCA evidenzia che, senza che occorra ulteriormente esaminare il metodo di calcolo applicato dall'Ufficio AI (doc. 98), anche seguendo la tesi della ricorrente non si giunge comunque a un grado di invalidità pensionabile. Infatti, anche solo paragonando il reddito statistico da

invalida considerato dall'Ufficio AI per un'attività semplice e ripetitiva svolta al 100%, ma senza tenere conto anche dell'attività accessoria di custode, con il reddito da valida comprendente le due attività esercitate in precedenza (come donna delle pulizie e custode), si ottiene un grado di invalidità inferiore al 40%. Questo calcolo è già stato effettuato dall'amministrazione il 12 novembre 2014 (doc. 99) e paragona il reddito da valida di Fr. 68'905.- - non contestato come tale - con il reddito statistico di Fr. 53'804,91 per un'attività semplice e ripetitiva – importo anch'esso non contestato -, reddito a cui ha dedotto 4% per la necessità di svolgere attività leggere e 5% per altri fattori di riduzione, per giungere a un grado di invalidità del 28,94%. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Di conseguenza, la riduzione del 9% deve essere riportata al 10% ma, anche così facendo, il risultato non cambia, perché il grado di invalidità del 28,94% calcolato dall'amministrazione viene aumentato leggermente, ma rimane sempre di gran lunga inferiore al minimo del 40% esatto dall'art. 28 cpv. 2 LAI. Infine, il TCA osserva che pure l'ipotesi di calcolo avanzata dalla ricorrente non può essere seguita, non potendo considerare unicamente l'esigibilità del 65% nell'attività precedente come donna delle pulizie quale reddito ipotetico da invalida. Non va infatti dimenticato l'obbligo dell'assicurata di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi, che discende dall'art. 21 LPGA. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurata è tenuta all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurata deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se

necessario, in una nuova professione (DTF 113 V

E. 22

consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). In queste circostanze, ne deriva che l'assicurata non può quindi limitarsi a continuare a svolgere la sua attività di donna delle pulizie al 65%, perché il reddito che conseguirebbe sarebbe inferiore al reddito ipotetico statistico realizzabile in un'attività lavorativa semplice e ripetitiva esercitata al 100%, come ritenuto esigibile medicalmente dal perito e dal medico SMR il 1° aprile 2014, e quindi violerebbe il principio di ridurre il danno. Non è dunque possibile, contrariamente a quanto preteso dalla ricorrente, paragonare il reddito da valida di Fr. 68'905.- con il reddito ipotetico da invalida ricavato dal 65% del reddito di Fr. 52'005.- che conseguiva come donna delle pulizie, ignorando di fatto l'esigibilità di svolgere un'attività adeguata al 100%. Da quanto precede discende che né secondo il calcolo effettuato dall'Ufficio AI che tiene conto di una parte del reddito conseguito con l'attività accessoria come custode nel reddito ipotetico da invalida né nell'ipotesi sostenuta dalla ricorrente di non considerare invece questa attività e i relativi cespiti non essendo in grado di continuarla, si giunge al grado minimo di invalidità del 40%. Di conseguenza, il suo diritto alla rendita decade. 2.9 In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di attribuzione temporanea del diritto a una rendita intera AI limitatamente dal 1° ottobre 2012 al 31 maggio 2014, e meglio fino a tre mesi dopo l'intervenuto miglioramento della capacità lavorativa della ricorrente (art. 88a cpv. 1 OAI) stabilito dal perito reumatologo. 2.10 Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.- vanno poste a carico della ricorrente.

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