

## **TI\_GERICHTE 32.2021.87 vom 16. Juli 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-07-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.87](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.87)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.87 du 16 juillet 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.87 del 16 luglio 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

anni fa - Per le patologie di pertinenza psichiatriche datare con precisione la remissione del precedente episodio depressivo (2015) appare difficile in quanto il riferito non appare sempre attendibile, data la tendenza all'amplificazione, e non vi è una documentazione relativa agli atti (vi è stata un'interruzione del percorso psichiatrico ed il curante Dr. med. \_\_\_\_\_ avrebbe rivisto l'A. nel gennaio 2020). Sulla base della ricostruzione anamnestica aveva già dismesso la terapia antidepressiva intorno al 2016. È verosimile che a partire da gennaio 2020, come è descritto dalla nostra consulente psichiatra Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ sia subentrato un miglioramento clinico con remissione del quadro depressivo, con influsso sulla capacità lavorativa a partire da aprile 2020, dopo tre mesi di stabilizzazione del quadro clinico. · Il cambiamento dello stato di salute ha prodotto un cambiamento dell'incapacità al lavoro nel quadro dell'attività svolta e della capacità lavorativa in un'attività adeguata? In caso affermativo, da quando e in che misura? Il cambiamento della capacità lavorativa relativo al quadro clinico precedentemente descritto ha prodotto una capacità lavorativa dello 0% dal 20.5.2016 al 20.8.2016 e dal 10.1 fino al 17.4.2020 per l'esacerbazione della problematica lombare. A partire dal 18 aprile 2020 vale una capacità lavorativa globale del 50% in attività svolta e del 55% in attività adatta." (doc. 150, pag. 499 e seg. incarto AI) Come esposto in narrativa, il medico SMR, dr. \_\_\_\_\_, si è allineato alle conclusioni peritali (cfr. supra consid. 1.4.), le quali sono state successivamente confermate dai citati periti anche a fronte della nuova documentazione medica presentata dall'assicurata in sede ricorsuale (cfr. supra consid. 1.12.). 2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid.

#### **E. 2.8**

Per l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (in virtù della disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa a contrario in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa, anch'essi nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021), la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200 e fr. 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 500 vanno poste a carico della ricorrente.

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STF I 462/05 del 25 aprile 2007; STF U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale 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, consid. 5.3). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) e che il solo fatto che uno o più medici

curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.5. Nel 2015 il Tribunale federale (TF) ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivamente (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione

necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve confermare le conclusioni dell'UAI.

2.6.1. La ricorrente rimprovera innanzitutto all'amministrazione di aver determinato " in maniera del tutto arbitraria " una capacità lavorativa residua esclusivamente sulla base della perizia pluridisciplinare, senza tuttavia aver tenuto conto delle refertazioni mediche del curante, dr. \_\_\_\_\_ (doc. D e doc. E) e senza aver interpellato il dr. \_\_\_\_\_ (pneumologo) circa l'enfisema polmonare e il dr. \_\_\_\_\_ circa la problematica del diabete. Se l'UAI avesse proceduto in tal senso, a mente della ricorrente l'amministrazione avrebbe accertato un'incapacità lavorativa completa in ogni attività (doc. I, p.ti 5-7). Ora, esaminati i rapporti medici del dr. \_\_\_\_\_ datati 28 aprile 2021 (doc. D, pag. 4), rispettivamente 10 agosto 2021 (doc. E), questa Corte conviene con il medico SMR (doc. IV+1, annotazione SMR allegata) nel ritenere che essi si limitano ad evocare della refertazione medica pregressa già presa in considerazione in sede peritale (cfr. doc. XV 1) e che quanto descritto dal curante, che non si trova d'accordo con le conclusioni peritali, configura una mera descrizione soggettiva delle difficoltà della sua paziente, senza tuttavia un confronto attivo con le conclusioni peritali che, pertanto non risultano inficiate. Per il resto è sufficiente rinviare alla giurisprudenza suevocata circa il valore probatorio dei rapporti dei medici curanti nel caso si scontrino con refertazioni di medici indipendenti (cfr. supra consid. 2.4.). La questione a sapere se, come asserito dalla ricorrente, il fatto che l'amministrazione non abbia proceduto ad interpellare gli altri medici menzionati possa comportare un'inadempienza e, eventualmente, rendere necessario un complemento peritale risulta in concreto eludibile, giacché l'insorgente ha potuto presentare con scritto del 29 ottobre 2021 tutte le prove che ha ritenuto pertinenti (doc. VIII) e i periti hanno potuto determinarsi sulle stesse (doc. XV 1 e 2). A tal proposito si dirà, per quanto necessario, nei seguenti considerandi (cfr. infra consid. 2.6.2. e segg.). Ad ogni buon conto, si rileva fin d'ora che – contrariamente a quanto asserito dalla ricorrente – dalle tavole processuali emerge che i periti hanno evidenziato nelle loro diagnosi rilevanti il diabete, l'osteoporosi, la cefalea e la problematica bronchiale, ritenendole ininfluenti sulla capacità lavorativa (cfr. supra consid. 2.4., pag. 9).

2.6.2. Con scritto del 26 ottobre 2021 il curante, dr. \_\_\_\_\_, si è limitato a certificare che: " (...) Conosciamo la paziente dal 2007, ed è tutt'ora in nostra cura. La paziente soffre da anni di un disturbo ricorrente depressivo ICD10: F32 nel contesto di una struttura di personalità borderline. I disturbi della Signora RI 1 la rendono inabile al lavoro. (...)" (doc. F) Di tutta evidenza, con tale certificato il

curante si limita a ribadire quanto già espresso precedentemente, ovvero un disaccordo con le risultanze peritali senza nemmeno chinarsi e confrontarsi attivamente con le stesse. A tal proposito, giova comunque esporre la presa di posizione della perita dr.ssa \_\_\_\_\_ che, rinviando alla perizia per i dettagli e confrontandosi attivamente, lei sì, con le certificazioni del curante, così ha concluso: "(...) in sintesi, pur riconoscendo un'instabilità affettivo relazionale imputabile all'organizzazione borderline e conferente vulnerabilità per depressione documentata nel pregresso, non si riscontravano più in sede di valutazione peritale i criteri sufficienti per porre diagnosi di episodio depressivo; prevaleva invece un'instabilità timica di fondo con espressività aggravata da concomitante consumo di amfetamine a scopo dimagrante. Il dr. \_\_\_\_\_ non riporta nei suoi scritti alcuna specificazione di gravità rispetto al supposto episodio attuale (indica solo un disturbo ricorrente noto da anni, riconosciuto anche dalla scrivente nel pregresso) né fornisce indicazioni rispetto all'attuale setting trattamentale [...] o ad eventuali variazioni farmacologiche, ricordando che, al tempo della valutazione peritale, la posologia della Duloxetina era decisamente sotto dosata allo scopo antidepressivo e risultava prescritta infatti per i dolori. A tale proposito si rammenta che mi ero espressa sull'esigibilità della dimissione completa dal consumo di sostanze anoressizzanti amfetaminiche, attraverso una presa in carico integrata comprensiva anche di terapia farmacologica a dosaggi adeguati, reputando che tale intervento potesse portare ad un miglioramento della CL almeno fino ad un 70% (diminuzione del rendimento). In conclusione, tra la mia valutazione del 14.08.2021 e gli ultimi scritti del curante del 10.08.2021 e 26.10.2021 non si evincono fatti medici nuovi ma solo una differente valutazione diagnostica e valetudinaria del medesimo quadro, confermo pertanto le conclusioni peritali. (...)" (doc. XV 1, sottolineature del redattore) In effetti, come desumibile dal referto peritale, la perita non ha ignorato i vari episodi depressivi (cfr. doc. 150, pagg. 533-536, 540 e seg. incarto AI), ma ha accertato che al momento della perizia la signora RI 1 non presentava (più) i criteri sufficienti a formulare la diagnosi di episodio depressivo in base all'ICD 10 e che, a fronte delle risultanze del test SIMS (esame avente scopo di determinare se l'esaminato simuli, rispettivamente, amplifichi la sintomatologia reale) lo stato psichiatrico della peritata non fosse – oggettivamente – quello da quest'ultima esternato, rispettivamente quello di cui alle precedenti refertazioni del curante (doc. 150, pagg. 545, 546, 552 e segg. incarto AI). Per il resto, questa Corte può limitarsi a rinviare a quanto già stabilito al precedente considerando circa il valore probatorio delle certificazioni dei curanti in caso di divergenze con le refertazioni peritali.

2.6.3. La ricorrente ha presentato altresì il referto del dr. \_\_\_\_\_ (specialista in medicina interna generale) del 21 ottobre 2021 (doc. G) il cui contenuto è stato confermato il 24 gennaio 2022 (doc. O). Il nuovo curante della ricorrente, dopo aver visto la paziente in un'unica occasione per una visita conoscitiva e di valutazione generale il 20 ottobre 2021, nel proprio rapporto ha ritenuto che, a fronte delle patologie elencate, delle limitazioni funzionali da lui accertate e della refertazione medica a sua disposizione, ella non poteva contare con una ripresa o un miglioramento della capacità lavorativa a lungo termine e, pertanto, ha concluso come sia verosimile e giustificata la richiesta di un aumento della percentuale di invalidità riconosciuta. A tal proposito, giova esporre la presa di posizione della perita dr.ssa \_\_\_\_\_: "(...) Per quanto concerne il rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ (...), quest'ultimo, che ha visitato l'A. in una sola occasione, elenca una lista di diagnosi, che corrisponde alle diagnosi stilate nella perizia \_\_\_\_\_ redatta il 23.3.2021. Le diagnosi di tipo specialistico a livello psichiatrico e a livello neurologico divergono rispetto alla perizia \_\_\_\_\_. Le nostre

valutazioni sono state poste da specialisti in neurologia e in psichiatria.” (doc. XV 1, pag. 5) Ora, il rapporto del nuovo curante della ricorrente difetta di un puntuale e preciso confronto attivo con le risultanze peritali, segnatamente una precisa esposizione dei motivi per i quali le conclusioni dei periti siano errate ed una motivazione del perché il proprio rapporto sia preferibile alle stesse, ciò che ne relativizza il valore. Inoltre, come rettamente rilevato dalla perita dr.ssa \_\_\_\_\_, non essendo il dr. \_\_\_\_\_ specialista in psichiatria e neurologia, le diagnosi formulate dai periti specialisti in tali ambiti prevalgono sulle sue. Per tacere del fatto che il curante si è espresso non solo sulle diagnosi e sull’insorgenza dell’incapacità lavorativa (nozioni mediche), ma altresì sul calcolo del grado di invalidità (nozione giuridica), circostanza censurabile. A titolo abbondanziale, si rammenta nuovamente che per costante giurisprudenza in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. supra consid. 2.4.). Ne consegue che il rapporto in parola non è idoneo a mitigare il valore probatorio della perizia pluridisciplinare e tantomeno ad inficiarlo. 2.6.4. La ricorrente si prevale del rapporto datato 10 settembre 2021 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, a cui il curante dr. \_\_\_\_\_ ha indirizzato la ricorrente (doc. H, pag. 2: “ Ringraziando ancora per l’invio della paziente Ti saluto molto cordialmente. ”). In sintesi, con tale rapporto lo specialista ha accertato che “ Nell’ultimo mese [l’assicurata, n.d.r.] ha ricominciato ad avere cefalee quasi giornaliere. ” (doc. H). A mente della ricorrente, tale accertamento suffraga la sua tesi secondo cui il suo stato valetudinario non sia migliorato, anzi. Occorre preliminarmente ricordare che per costante giurisprudenza il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell’emanazione di tale decisione (fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V consid. 1.2), in concreto dunque il 16 luglio 2021 (cfr. supra consid. 1.7.). Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Nel caso che ci occupa, lo specialista ha chiaramente indicato come le cefalee della ricorrente si sono (ri)presentate nell’ultimo mese, ovvero ad agosto 2021 e, quindi, successivamente all’emanazione della decisione impugnata. Egli pur facendo riferimento ad un primo episodio di aura emicranica nel contesto di un’emicrania cronica con abuso medicamentoso che ha comportato un ricovero ad inizio dicembre 2016, non fornisce alcun elemento che permetta di ipotizzare la rilevanza di tali disturbi prima dell’emanazione della decisione impugnata, rispettivamente il loro influsso sulla capacità lavorativa residua. Prendendo posizione sul rapporto del collega, il perito dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato in primo luogo che l’anamnesi di cui al rapporto diverge da quella riferitagli dalla paziente in sede peritale quando la stessa “ parlava invece di cefalee 4-5 volte la settimana ”, ciò che, secondo il perito, confermerebbe la valutazione peritale secondo cui dalla cefalea non derivavano incapacità lavorative. L’unica differenza tra le risultanze peritali e il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ consiste, così il perito, nel fatto che ora le cefalee sarebbero anche pulsatili. In tal senso, soggiunge il perito, “ potrebbe esserci effettivamente una componente vasomotorica che la paziente aveva già in passato ma comunque con dolori sempre piuttosto muscolotensivi .” Il dr. \_\_\_\_\_ conclude così la propria presa di posizione: “ Sostanzialmente [...] la cefalea descritta attualmente [nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_, n.d.r.] non appare molto diversa rispetto a quella descritta nel 2020, in ogni caso se effettivamente ora vi fosse una accentuazione della cefalea non è che da essa derivi

subito una invalidità persistente [...]. Quindi al momento attuale non vedo che la cefalea della paziente determini una incapacità lavorativa persistente e permanente che possa giustificare un grado d'invalidità ” (doc. XV 1, pag. 4). Visto quanto precede, questa Corte ritiene che il rapporto del dr. \_\_\_\_\_, facente riferimento ad un asserito peggioramento delle cefalee, avvenuto successivamente all'emanazione della decisione impugnata non fornisce alcun nuovo elemento che possa mettere in dubbio le risultanze peritali circa l'incapacità lavorativa della ricorrente (cfr. doc. 150, pagg. 506, 507, 526 e 561 incarto AI con doc. H); in effetti, lo specialista non si è neppure espresso sull'incapacità lavorativa della ricorrente. A titolo abbondanziale, si rileva che il dr. \_\_\_\_\_ aveva prescritto dei farmaci per una terapia profilattica, ragione per cui anche se per ipotesi di lavoro si fosse ammesso un peggioramento delle cefalee, la prescrizione dello specialista lascia aperta l'ipotesi di una cura che, se efficace, comporterebbe la scomparsa della sintomatologia (doc. H, pag. 2). Per i motivi sovraesposti, il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non è dunque idoneo ad inficiare le risultanze peritali.

2.6.5. Nelle more ricorsuali l'insorgente ha presentato la relazione medica del dr. \_\_\_\_\_ (specialista in fisiatria) datata 19 ottobre 2021 unitamente al alla RM alla colonna lombare del 13 ottobre 2021 e al referto radiologico dell'11 ottobre 2021 (doc. I). In sintesi, lo specialista, sulla base della sintomatologia algica riferita dalla ricorrente visitata l'8 ottobre 2021, ha prescritto una RM della colonna lombare eseguita il 13 ottobre 2021 (doc. I, pag. 2) che ha evidenziato “ un canale stretto marcato di origine mista a livello L4-L5, con possibile conflitto radicolare con radice di L5 bilateralmente all'emergenza del sacco tecale e con la Iva radice lombare sinistra in sede extraforaminale . Per questo motivo avrei consigliato un'infiltrazione periradicolare con cortisonico sotto guida TAC della IVa radice lombare sinistra.” (doc. I, pag. 1). Inoltre, la ricorrente ha altresì presentato il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ (specialista internista e in malattie reumatiche), subentrato al precedente curante (doc. M; doc. 150, pag. 559 incarto AI), che ha formulato le seguenti diagnosi: “ Diagnosi 1. Sindrome del dolore cronico. - DD: sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme. 2. Sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica su: - Alterazioni degenerative soprattutto a livello L4-L5 con marcato restringimento del canale spinale e possibili conflitti radicolari (vedi referto MRI del 13.10.2021). - Leggere turbe statiche ed insufficienza muscolare. 3. Sindrome ansio-depressiva con tratti somatoformi in cura specialistica da anni. 4. Asma bronchiale su tabagismo attivo.” (doc. M, pag. 1) Il dr. \_\_\_\_\_ ha inoltre accertato che sotto il profilo ortopedico-reumatologico la ricorrente fosse inabile al lavoro nella misura del 50% in una professione fisicamente medio-pesante che comporta “ importanti sollecitazioni per la colonna vertebrale, come il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche ”, mentre in lavori leggeri, quali quelli in ambito amministrativo, l'incapacità lavorativa sarebbe “ attorno al 20% ” (doc. M, pag. 2). Invitato ad esprimersi sul rapporto dei menzionati specialisti, il perito dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso: “ (...) Avevo espresso allora [in sede peritale, n.d.r.] le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogenica prevalentemente sul lato sinistro e possibile sindrome irritativa radicolare L5 sinistra con leggero deficit di estensione al piede sinistro, una sindrome di tipo fibromialgico primario e una gonalgia a sinistra di non chiara origine. Dalla documentazione che mi ha messo a disposizione rilevo che essa [la paziente, n.d.r.] è stata valutata in ambito specialistico dal fisiatra dr. med. \_\_\_\_\_ con sua lettera del 19.10.2021 e da parte del reumatologo Dr. med. \_\_\_\_\_ con lettera del 18.10.2021. Si tratta innanzitutto di valutazioni che si

riferiscono a un anno dopo la mia valutazione peritale del 2020. Per quanto riguarda le diagnosi riportate queste si rifanno esattamente a quanto da me descritto nella valutazione peritale e nelle diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa. L'assicurata ha presentato una nuova esacerbazione della sintomatologia dolorosa a carattere irritativo alla gamba di sinistra nell'ambito delle conosciute problematiche degenerative in particolar modo al segmento L4-L5. Una nuova risonanza magnetica della colonna vertebrale del 13.10.2021 ha mostrato le discopatie già rilevate. Nell'ambito della valutazione del Dr. med. \_\_\_\_\_ si segnala la presenza anche di un dolore cronico di origine multifattoriale che ben rispecchia la mia valutazione della presenza di una fibromialgia di tipo primario. Posso comprendere nel decorso delle esacerbazioni a carattere intercorrente della sintomatologia dolorosa alla gamba sinistra come già avvenuto negli anni precedenti alla mia valutazione peritale. Queste manifestazioni intercorrenti comunque non modificano quello che è il decorso, a medio e lungo termine, della patologia alla colonna lombare. Non modificano neppure quelle che sono le limitazioni funzionali da me determinate nella mia valutazione peritale dell'11 agosto 2020. Ritengo dunque che valgano ancora le capacità lavorative da me espresse a quel momento. Non concordo completamente con le valutazioni del Dr. med. \_\_\_\_\_ nell'ambito di una riduzione del 50% dell'attività lavorativa a lungo termine. Reputo che in questa assicurata, per quanto riguarda le patologie da me descritte, vi sia una capacità lavorativa per quanto riguarda l'attività professionale svolta di cameriera, del 70% con una riduzione del rendimento del 30% come per altro descritto.” (scritto del dr. \_\_\_\_\_ del 29 novembre 2021, sub doc. XV 1) Questa Corte rileva in primo luogo la contraddizione contenuta nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_: egli, pur non essendo specializzato in psichiatria, formula/riporta tra le diagnosi la “sindrome ansio-depressiva” mentre nella descrizione dello stato clinico della ricorrente rileva: " Paziente quasi 52enne in buone condizioni generali, costituzione leggermente adiposa, ben collaborante, apparentemente non depressa e senza particolari segni di sovraccarico funzionale.” (doc. M, pag. 2, sottolineatura del redattore). Quo all'aspetto psichiatrico, questa Corte rinvia a quanto già espresso dalla perita dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 2.6.2.). In secondo luogo, si rileva che nella misura in cui le diagnosi formulate dal dr. \_\_\_\_\_ pertengono al suo ambito di specializzazione, esse – come pure quelle del dr. \_\_\_\_\_ – si allineano alle conclusioni peritali del dr. \_\_\_\_\_. Infatti, la sindrome da dolore cronico (fibromialgia) è stata rilevata dal perito (doc. 150, pagg. 559, 563 e 564 incarto AI), così come la sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica con alterazioni degenerative e l'insufficienza muscolare (doc. 150, pagg. 560, 562 e 564 incarto AI). Per quanto attiene invece alla diagnosi di asma bronchiale su tabagismo attivo, il dr. \_\_\_\_\_ medesimo, nel valutare l'incapacità lavorativa della ricorrente, non ha indicato se e in che misura tale diagnosi possa influire sull'incapacità lavorativa, ragione per cui si presume che essa non abbia alcun influsso sulla stessa (cfr. doc. M, pag. 2). A ben vedere, la differenza di valutazione tra il perito ed il dr. \_\_\_\_\_ concerne unicamente la capacità lavorativa residua. A tal proposito questo Tribunale rileva che il rapporto dello specialista descrive la situazione successivamente all'emanazione della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.7.) e che egli non si è neppure confrontato con i referti peritali pertinenti. Tutto bene considerato, il TCA ritiene che i rapporti medici del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ non forniscono alcuna informazione supplementare pertinente circa la situazione valetudinaria della ricorrente sino al momento dell'emanazione della decisione impugnata e che la valutazione peritale quo all'incapacità lavorativa sia preferibile. Pertanto, il pieno valore probatorio della perizia rimane intatto.

2.6.6. La ricorrente presenta altresì il rapporto del 18 ottobre 2021 del dr. \_\_\_\_\_ (specialista in pneumologia e curante della ricorrente subentrato al dr. \_\_\_\_\_, cfr. doc. XVII, pag. 2) e indirizzato al curante dr. \_\_\_\_\_, allegando il risultato di un esame eseguito il 4 ottobre 2021 (doc. L). Il dr. \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una “ iniziale fibrosi polmonare in tabagista ”, osservando come fosse prioritario lo svezzamento dall’abitudine tabagica e che il quadro polmonare andasse “ integrato nella fase di nuova rivalutazione del quadro sanitario della paziente ai fini di un aggiornamento della percentuale di A.I. ”. A ben vedere, dunque, il dr. \_\_\_\_\_ non ha espresso se, e in che misura la sua diagnosi comportasse delle limitazioni tali da avere influsso sulla capacità lavorativa, deferendo tale valutazione a chi di dovere. A tal proposito giova esporre la presa di posizione dei periti internisti del \_\_\_\_\_, dr.ssa \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 1.3.): “ (...) Per quanto attiene alla diagnosi di dispnea cronica, su disturbi multifattoriali e polmonari come enfisema polmonare e fibrosi polmonare, seguiti dal Dr. med. \_\_\_\_\_, nel suo rapporto medico del 18.10.2021 scrive, che il quadro polmonare va integrato nella fase di nuova rivalutazione di un quadro sanitario della paziente, al fine di un aggiornamento della percentuale di AI [...]. Negli atti medici per la valutazione dell’attuale perizia, in cui ci viene chiesto l’andamento della capacità lavorativa da gennaio 2019, non è stato presentato nessun documento pneumologico . [...] Nel capitolo 3.2.5 disturbi soggetti e affezioni attuali, l’A. non descrive dispnea o disturbi respiratori. Nel capitolo 3.2.6. nell’anamnesi sistemica dei polmoni, riferisce di essere seguita dal Dr. med. \_\_\_\_\_ regolarmente, riferisce di respirare male, ma che pensa sia dovuto all’ansia e utilizza Symbicort spray al bisogno . Tutto questo non fa pensare a una patologia polmonare di tale gravità, da avere un influsso sulla capacità lavorativa. Per questi motivi, non riteniamo che questi due [il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ e quello del dr. \_\_\_\_\_, n.d.r.] documenti medici possano cambiare la valutazione peritale del 23.3.2021.” (doc. XV, pag. 5, sottolineature del redattore) Avendo deferito la valutazione della ripercussione del quadro polmonare della ricorrente all’amministrazione e vista la presa di posizione dei periti internisti che escludono ripercussioni dei problemi polmonari sulla capacità lavorativa residua, questo Tribunale non può far altro che constatare l’irrelevanza, ai fini del presente giudizio, del rapporto del dr. \_\_\_\_\_. Peraltro, anche in questo caso il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ fa riferimento alla situazione valetudinaria successiva all’emanazione della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.7.). Si rammenta che la problematica polmonare era stata rilevata dai periti tra le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa residua (cfr. supra consid. 2.4.). Tutto ben considerato, nemmeno il referto del dr. \_\_\_\_\_ appare suscettibile di validamente supportare le censure sollevate dall’insorgente. In conclusione, dunque, non vi sono sufficienti elementi che permettono di discostarsi dalle risultanze peritali e, dunque, dal medico SMR circa lo stato valetudinario e la capacità lavorativa residua dell’assicurata in attività che tengono conto dei limiti funzionali oggettivati. 2.7. Come rettamente rilevato dall’UAI, la ricorrente non ha contestato il calcolo del grado d’invalidità (cfr. supra consid. 1.9.) ma, piuttosto, ha asserito, sulla base delle refertazioni mediche e argomentazioni presentate, che la sua incapacità lavorativa fosse superiore a quella accertata in sede peritale e fatta propria dall’amministrazione. Conseguentemente, nella misura in cui l’incapacità lavorativa della ricorrente si fosse allineata alle prese di posizione dei curanti si sarebbe dovuto procedere ad un nuovo calcolo del grado d’invalidità. In concreto, tuttavia, considerato che le conclusioni peritali non sono state inficiate dalla refertazione medica e dalle argomentazioni della ricorrente, questo Tribunale non può far altro che confermare il

calcolo del grado d'invalidità operato dall'amministrazione (cfr. supra consid. 1.5 e 1.7.). In ragione di tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto.

## E. 7

marzo 2022

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Jerry Vadakkumcherry, vicecancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 16 agosto 2021 di

RI 1

contro

la decisione del 16 luglio 2021 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

Facendo proprie le conclusioni peritali, il medico SMR ha allestito il rapporto finale del 25 marzo 2021. L'UAI, con riferimento ai redditi statistici, ha determinato un reddito da valido di fr. 51'587.75. Quo al reddito da invalido, esso è stato determinato in fr. 30'338.60 senza deduzioni. Operata una riduzione dell'8% per attività leggere e del 2% per non specificati svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (riduzione complessiva del 10%) il reddito da invalido ammontava a fr. 27'304.74. Dal confronto dei redditi ex art. 16 LPGA l'amministrazione ha calcolato un grado d'invalidità del 47.07% (doc. 152 incarto AI).

Il consulente professionale, considerate le indicazioni mediche ivi incluse le limitazioni dell'assicurata, ha ritenuto la signora RI 1 reintegrabile professionalmente, indicando un ampio ventaglio di attività consone al suo stato valetudinario e proponendole una formazione di segretario. L'assicurata ha tuttavia contestato la valutazione medico-professionale, mostrandosi reticente nei confronti del consulente AI e rifiutando ogni provvedimento professionale (doc. 153 e seg. incarto AI).

IL in attività abituale

IL in attività adeguata

Inizio IL

Fine IL

100%

**E. 10**

gennaio 2020

17 aprile 2020

45%

18 aprile 2020

continua

All'assicurata è altresì stato fatto presente che ad un eventuale ricorso sarebbe stato negato l'effetto sospensivo.

Circa il ripristino dell'effetto sospensivo al ricorso, l'insorgente asserisce che qualora ciò non avvenisse ella si ritroverebbe in una situazione di ulteriore disagio, sia per le patologie di cui soffre, sia per la situazione economica in cui versa (doc. I, p.to 3).

Circa l'aspetto economico, che a mente dell'amministrazione non è stato contestato, l'UAI ha rinviato integralmente al calcolo del grado d'invalidità esposto nella decisione.

Quo all'effetto sospensivo, l'UAI ha avversato la richiesta di ripristino dello stesso formulata dalla ricorrente.

In ragione di quanto precede, l'UAI ha postulato la conferma della decisione impugnata e, conseguentemente, la reiezione dell'impugnativa (doc. IV+1).

Per il resto, l'insorgente si è sostanzialmente confermata nella sua posizione, presentando altresì una mail datata 24 gennaio 2022 del dr. \_\_\_\_\_ (nuovo medico curante).

considerato in diritto

Presupposto per una revisione della rendita è che il grado dell'invalidità del beneficiario si sia modificato in modo rilevante per il diritto (DTF 133 V 108; 130 V 343 consid. 3.5). A motivare una revisione della rendita è qualunque modifica rilevante delle circostanze di fatto, atta a influenzare il grado dell'invalidità e, quindi, il diritto alla rendita. La rendita d'invalidità è sottoposta a revisione non soltanto in caso di modifica rilevante delle condizioni di salute ma pure laddove le conseguenze economiche di un danno alla salute rimasto invariato si siano modificate notevolmente (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La questione della notevole modifica delle circostanze di fatto viene valutata confrontando le circostanze esistenti al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita con un accertamento dei fatti pertinenti, un apprezzamento delle prove e un raffronto dei redditi conforme al diritto, e le condizioni esistenti all'epoca in cui è stata rilasciata la decisione litigiosa (DTF 130 V 71 consid. 3.2.3 e 133 V 108).

In questo contesto, è utile segnalare che, secondo la giurisprudenza federale, non è sufficiente a fondare una revisione della rendita d'invalidità, il fatto che una nuova perizia valuti diversamente (e, quindi, giunga ad altre conclusioni) la fattispecie alla base dell'originaria decisione di rendita, rispetto ai medici che si erano pronunciati nella procedura sfociata nella precedente assegnazione di rendita. Sono invece necessari nuovi elementi di natura fattuale, insorti dopo l'originaria decisione di rendita, che si sono

aggiunti alla fattispecie in essere a quel momento o che l'■ hanno modificata. Una nuova valutazione basata su migliori conoscenze non basta (cfr. STF 8C\_475/2012 del 25 ottobre 2012 consid. 3; consid. 3.2 non pubblicato della DTF 136 V 216, pubblicata in SVR IV n. 1 p. 1 consid. 3.2 [8C\_972/2009]).

Va ancora rilevato che nella STF 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che■ ( ) se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). ( )■ (regesto della DTF 141 V 9).

■ ( )

B Diagnosi rilevanti con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa

B.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa

Disturbo della personalità misto con prevalenti aspetti istrionici e borderline (ICD-10 F61).

Uso dannoso di amfetamine a scopo dimagrante (ICD-10 F15.1).

Sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno prevalentemente sul lato sin. con radicolopatia L5 sin. con lieve deficit di forza dell'■ estensore lungo dell'■ alluce sin. e sintomatologia algica corrispondente con/su:

Fibromialgia di tipo primario.

Gonalgia a sin. di non chiara origine.

B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa

Cefalea muscolotensiva.

Sindrome del Tunnel carpale lieve ds.

Uso dannoso di cannabis (F12.1).

Alluce valgo bilaterale e tendenza a dita a martello.

BPCO con componente reversibile di tipo asmatiforme in trattamento inalatorio topico.

Nota osteoporosi.

Diabete mellito tipo 2 con HbA1c nei limiti, trattato con ADO.■

(doc. 150, pag. 494 e seg. incarto AI)

G Capacità lavorativa nell'attività svolta finora, in relazione ad un'■ attività lavorativa svolta al 100%

Nell'attività finora svolta di cameriera la capacità lavorativa medico-teorica globale viene ritenuta nella misura del 50%.

H Capacità lavorativa in un'attività adeguata, in relazione ad un'attività lavorativa svolta al 100%

In attività adeguata, dal punto di vista medico-teorico, l'A. può raggiungere una capacità lavorativa residua del 55%.

I Motivazione della capacità e dell'incapacità lavorative complessive (le incapacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto)

In attività lavorativa abituale ed adeguata le incapacità lavorative per motivi neurologici, reumatologici e psichiatrici sono parzialmente cumulabili, in quanto gli aspetti affettivi e somatici si influenzano vicendevolmente. I limiti neurologici tengono pienamente conto dei limiti reumatologici in quanto considerano entrambi la sindrome lombovertebrale. Va considerata una maggior necessità di pause sull'arco di un'intera giornata lavorativa sia per la problematica psichiatrica che somatica.

I.1 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo nell'attività svolta

L'evoluzione della capacità lavorativa dal 17.3.2015 (ultima decisione dell'Ufficio AI cresciuta in giudicato) viene valutata nel modo seguente:

I.2 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo in un'attività adatta

Dal 17.3.2015 l'evoluzione della capacità lavorativa globale viene così definita per un'attività adatta:

Quo alla possibilità di migliorare la capacità lavorativa tramite provvedimenti sanitari e terapie, i periti hanno ritenuto possibile un miglioramento della capacità lavorativa fino al 70% (diminuzione del rendimento) in circa 6-8 mesi qualora si procedesse come da loro indicato, consigliando una rivalutazione peritale tra 12-18 mesi (doc. 150, pag. 498 incarto AI).

Circa le domande particolari riguardanti la revisione, i periti si sono così espressi:

Revisione (solo per i casi sottoposti a revisione)

della summenzionata decisione determinante, si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti?

Per l'aspetto internistico vi è stato cambiamento dello stato di salute circa 2 anni fa a partire dalla diagnosi di un diabete di tipo 2 ben controllato sotto ADO e regime dietetico che non ha influsso sulla capacità lavorativa.

Per l'aspetto reumatologico il Dr. med. \_\_\_\_\_ ritiene vi sia stato un peggioramento dei disturbi alla colonna lombare rispetto alla valutazione peritale del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 2014. In particolar modo il manifestarsi nel 2016 di una ernia discale a livello L3-L4 e nel 2020 a livello L4-L5.

Per l'aspetto neurologico il Dr. med. \_\_\_\_\_ rispetto alla prima visita effettuata all'A. nel 2014, si presenta ora anche il quadro di una radicolopatia L5 sin., insorta all'incirca all'inizio dell'anno 2020, mentre la cefalea muscolotensiva appare invariata.

Per l'aspetto psichiatrico la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ritiene che si è verificato un cambiamento dello stato di salute in quanto al momento non risulta più soddisfatta la

diagnosi di episodio depressivo. Riconosce la presenza di un disturbo misto della personalità istrionico-borderline (F61), e uso dannoso di amfetamine a scopo dimagrante (F15.1) con influsso sulla capacità lavorativa.

- Per le patologie di pertinenza reumatologica il cambiamento è subentrato al momento della manifestazione dell'ernia discale a livello L3-L4 nel 2016. Da questo episodio l'A. si è in parte ripresa per avere nuovamente un peggioramento a seguito di un'ernia discale L4-L5 diagnosticata nel gennaio 2020.

- Per le patologie di pertinenza neurologica il cambiamento è subentrato dall'inizio dell'anno 2020.

- Per la patologia di pertinenza internistica (diabete non insulino richiedente) il cambiamento è avvenuto circa 2 anni fa

- Per le patologie di pertinenza psichiatriche datare con precisione la remissione del precedente episodio depressivo (2015) appare difficile in quanto il riferito non appare sempre attendibile, data la tendenza all'amplificazione, e non vi è una documentazione relativa agli atti (vi è stata un'interruzione del percorso psichiatrico ed il curante Dr. med. \_\_\_\_\_ avrebbe rivisto l'A. nel gennaio 2020). Sulla base della ricostruzione anamnestica aveva già dismesso la terapia antidepressiva intorno al 2016. È verosimile che a partire da gennaio 2020, come è descritto dalla nostra consulente psichiatra Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ sia subentrato un miglioramento clinico con remissione del quadro depressivo, con influsso sulla capacità lavorativa a partire da aprile 2020, dopo tre mesi di stabilizzazione del quadro clinico.

cambiamento dell'incapacità al lavoro nel quadro dell'attività svolta e della capacità lavorativa in un'attività adeguata? In caso affermativo, da quando e in che misura?

Il cambiamento della capacità lavorativa relativo al quadro clinico precedentemente descritto ha prodotto una capacità lavorativa dello 0% dal 20.5.2016 al 20.8.2016 e dal 10.1 fino al 17.4.2020 per l'esacerbazione della problematica lombare.

A partire dal 18 aprile 2020 vale una capacità lavorativa globale del 50% in attività svolta e del 55% in attività adatta.■

(doc. 150, pag. 499 e seg. incarto AI)

Ora, esaminati i rapporti medici del dr. \_\_\_\_\_ datati 28 aprile 2021 (doc. D, pag. 4), rispettivamente 10 agosto 2021 (doc. E), questa Corte conviene con il medico SMR (doc. IV+1, annotazione SMR allegata) nel ritenere che essi si limitano ad evocare della refertazione medica pregressa già presa in considerazione in sede peritale (cfr. doc. XV 1) e che quanto descritto dal curante, che non si trova d'accordo con le conclusioni peritali, configura una mera descrizione soggettiva delle difficoltà della sua paziente, senza tuttavia un confronto attivo con le conclusioni peritali che, pertanto non risultano inficiate. Per il resto è sufficiente rinviare alla giurisprudenza suevocata circa il valore probatorio dei rapporti dei medici curanti nel caso si scontrino con refertazioni di medici indipendenti (cfr. supra consid. 2.4.).

La questione a sapere se, come asserito dalla ricorrente, il fatto che l'amministrazione non abbia proceduto ad interpellare gli altri medici menzionati possa comportare un'inadempienza e, eventualmente, rendere necessario un complemento peritale risulta in concreto eludibile, giacché l'insorgente ha potuto presentare con scritto del 29 ottobre

2021 tutte le prove che ha ritenuto pertinenti (doc. VIII) e i periti hanno potuto determinarsi sulle stesse (doc. XV 1 e 2). A tal proposito si dirà, per quanto necessario, nei seguenti considerandi (cfr. infra consid. 2.6.2. e segg.). Ad ogni buon conto, si rileva fin d'ora che ■ contrariamente a quanto asserito dalla ricorrente ■ dalle tavole processuali emerge che i periti hanno evidenziato nelle loro diagnosi rilevanti il diabete, l'osteoporosi, la cefalea e la problematica bronchiale, ritenendole ininfluenti sulla capacità lavorativa (cfr. supra consid. 2.4., pag. 9).

Di tutta evidenza, con tale certificato il curante si limita a ribadire quanto già espresso precedentemente, ovvero un disaccordo con le risultanze peritali senza nemmeno chinarsi e confrontarsi attivamente con le stesse. A tal proposito, giova comunque esporre la presa di posizione della perita dr.ssa \_\_\_\_\_ che, rinviando alla perizia per i dettagli e confrontandosi attivamente, lei sì, con le certificazioni del curante, così ha concluso:

In effetti, come desumibile dal referto peritale, la perita non ha ignorato i vari episodi depressivi (cfr. doc. 150, pagg. 533-536, 540 e seg. incarto AI), ma ha accertato che al momento della perizia la signora RI 1 non presentava (più) i criteri sufficienti a formulare la diagnosi di episodio depressivo in base all'ICD 10 e che, a fronte delle risultanze del test SIMS (esame avente scopo di determinare se l'esaminato simuli, rispettivamente, amplifichi la sintomatologia reale) lo stato psichiatrico della peritata non fosse ■ oggettivamente ■ quello da quest'ultima esternato, rispettivamente quello di cui alle precedenti refertazioni del curante (doc. 150, pagg. 545, 546, 552 e segg. incarto AI).

Per il resto, questa Corte può limitarsi a rinviare a quanto già stabilito al precedente considerando circa il valore probatorio delle certificazioni dei curanti in caso di divergenze con le refertazioni peritali.

A tal proposito, giova esporre la presa di posizione della perita dr.ssa \_\_\_\_\_:

Ora, il rapporto del nuovo curante della ricorrente difetta di un puntuale e preciso confronto attivo con le risultanze peritali, segnatamente una precisa esposizione dei motivi per i quali le conclusioni dei periti siano errate ed una motivazione del perché il proprio rapporto sia preferibile alle stesse, ciò che ne relativizza il valore. Inoltre, come rettamente rilevato dalla perita dr.ssa \_\_\_\_\_, non essendo il dr. \_\_\_\_\_ specialista in psichiatria e neurologia, le diagnosi formulate dai periti specialisti in tali ambiti prevalgono sulle sue. Per tacere del fatto che il curante si è espresso non solo sulle diagnosi e sull'insorgenza dell'incapacità lavorativa (nozioni mediche), ma altresì sul calcolo del grado di invalidità (nozione giuridica), circostanza censurabile. A titolo abbondanziale, si rammenta nuovamente che per costante giurisprudenza in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. supra consid. 2.4.).

Ne consegue che il rapporto in parola non è idoneo a mitigare il valore probatorio della perizia pluridisciplinare e tantomeno ad inficiarlo.

Occorre preliminarmente ricordare che per costante giurisprudenza il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V consid. 1.2), in concreto dunque il 16 luglio 2021 (cfr. supra consid. 1.7.). Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25

consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1,121 V 366consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11).

Nel caso che ci occupa, lo specialista ha chiaramente indicato come le cefalee della ricorrente si sono (ri)presentate nell'ultimo mese, ovvero ad agosto 2021 e, quindi, successivamente all'emanazione della decisione impugnata. Egli pur facendo riferimento ad un primo episodio di aura emicranica nel contesto di un'emicrania cronica con abuso medicamentoso che ha comportato un ricovero ad inizio dicembre 2016, non fornisce alcun elemento che permetta di ipotizzare la rilevanza di tali disturbi prima dell'emanazione della decisione impugnata, rispettivamente il loro influsso sulla capacità lavorativa residua.

Prendendo posizione sul rapporto del collega, il perito dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato in primo luogo che l'anamnesi di cui al rapporto diverge da quella riferitagli dalla paziente in sede peritale quando la stessa parlava invece di cefalee 4-5 volte la settimana, ciò che, secondo il perito, confermerebbe la valutazione peritale secondo cui dalla cefalea non derivavano incapacità lavorative. L'unica differenza tra le risultanze peritali e il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ consiste, così il perito, nel fatto che ora le cefalee sarebbero anche pulsatili. In tal senso, soggiunge il perito, potrebbe esserci effettivamente una componente vasomotorica che la paziente aveva già in passato ma comunque con dolori sempre piuttosto muscolotensivi. Il dr. \_\_\_\_\_ conclude così la propria presa di posizione: Sostanzialmente [ ] la cefalea descritta attualmente [nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_, n.d.r.] non appare molto diversa rispetto a quella descritta nel 2020, in ogni caso se effettivamente ora vi fosse una accentuazione della cefalea non è che da essa derivi subito una invalidità persistente [ ]. Quindi al momento attuale non vedo che la cefalea della paziente determini una incapacità lavorativa persistente e permanente che possa giustificare un grado d'invalidità (doc. XV 1, pag. 4).

Visto quanto precede, questa Corte ritiene che il rapporto del dr. \_\_\_\_\_, facente riferimento ad un asserito peggioramento delle cefalee, avvenuto successivamente all'emanazione della decisione impugnata non fornisce alcun nuovo elemento che possa mettere in dubbio le risultanze peritali circa l'incapacità lavorativa della ricorrente (cfr. doc. 150, pagg. 506, 507, 526 e 561 incarto AI con doc. H); in effetti, lo specialista non si è neppure espresso sull'incapacità lavorativa della ricorrente.

A titolo abbondanziale, si rileva che il dr. \_\_\_\_\_ aveva prescritto dei farmaci per una terapia profilattica, ragione per cui anche se per ipotesi di lavoro si fosse ammesso un peggioramento delle cefalee, la prescrizione dello specialista lascia aperta l'ipotesi di una cura che, se efficace, comporterebbe la scomparsa della sintomatologia (doc. H, pag. 2).

Per i motivi sovraesposti, il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non è dunque idoneo ad inficiare le risultanze peritali.

In sintesi, lo specialista, sulla base della sintomatologia algica riferita dalla ricorrente visitata l'8 ottobre 2021, ha prescritto una RM della colonna lombare eseguita il 13 ottobre 2021 (doc. I, pag. 2) che ha evidenziato un canale stretto marcato di origine mista a livello L4-L5, con possibile conflitto radicolare con radice di L5 bilateralmente all'emergenza del sacco tecale e con la Iva radice lombare sinistra in sede extraforaminale. Per questo motivo avrei consigliato un'infiltrazione periradicolare con cortisonico sotto guida TAC della IVa radice lombare sinistra. (doc. I, pag. 1).

Inoltre, la ricorrente ha altresì presentato il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ (specialista internista e in malattie reumatiche), subentrato al precedente curante (doc. M; doc. 150, pag. 559 incarto AI), che ha formulato le seguenti diagnosi:

#### ■Diagnosi

Il dr. \_\_\_\_\_ ha inoltre accertato che sotto il profilo ortopedico-reumatologico la ricorrente fosse inabile al lavoro nella misura del 50% in una professione fisicamente medio-pesante che comporta ■importanti sollecitazioni per la colonna vertebrale, come il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche■, mentre in lavori leggeri, quali quelli in ambito amministrativo, l■incapacità lavorativa sarebbe ■attorno al 20%■ (doc. M, pag. 2).

Invitato ad esprimersi sul rapporto dei menzionati specialisti, il perito dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso:

Questa Corte rileva in primo luogo la contraddizione contenuta nel rapporto del dr. \_\_\_\_\_: egli, pur non essendo specializzato in psichiatria, formula/riporta tra le diagnosi la ■sindrome ansio-depressiva■ mentre nella descrizione dello stato clinico della ricorrente rileva:

Quo all■aspetto psichiatrico, questa Corte rinvia a quanto già espresso dalla perita dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 2.6.2.).

In secondo luogo, si rileva che nella misura in cui le diagnosi formulate dal dr. \_\_\_\_\_ pertengono al suo ambito di specializzazione, esse ■ come pure quelle del dr. \_\_\_\_\_ ■ si allineano alle conclusioni peritali del dr. \_\_\_\_\_. Infatti, la sindrome da dolore cronico (fibromialgia) è stata rilevata dal perito (doc. 150, pagg. 559, 563 e 564 incarto AI), così come la sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica con alterazioni degenerative e l■insufficienza muscolare (doc. 150, pagg. 560, 562 e 564 incarto AI).

Per quanto attiene invece alla diagnosi di asma bronchiale su tabagismo attivo, il dr. \_\_\_\_\_ medesimo, nel valutare l■incapacità lavorativa della ricorrente, non ha indicato se e in che misura tale diagnosi possa influire sull■incapacità lavorativa, ragione per cui si presume che essa non abbia alcun influsso sulla stessa (cfr. doc. M, pag. 2).

A ben vedere, la differenza di valutazione tra il perito ed il dr. \_\_\_\_\_ concerne unicamente la capacità lavorativa residua. A tal proposito questo Tribunale rileva che il rapporto dello specialista descrive la situazione successivamente all■emanazione della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.7.) e che egli non si è neppure confrontato con i referti peritali pertinenti.

Tutto bene considerato, il TCA ritiene che i rapporti medici del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ non forniscono alcuna informazione supplementare pertinente circa la situazione valetudinaria della ricorrente sino al momento dell■emanazione della decisione impugnata e che la valutazione peritale quo all■incapacità lavorativa sia preferibile.

Pertanto, il pieno valore probatorio della perizia rimane intatto.

A ben vedere, dunque, il dr. \_\_\_\_\_ non ha espresso se, e in che misura la sua diagnosi comportasse delle limitazioni tali da avere influsso sulla capacità lavorativa, deferendo tale valutazione a chi di dovere. A tal proposito giova esporre la presa di posizione dei periti internisti del \_\_\_\_\_, dr.ssa \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 1.3.):

Avendo deferito la valutazione della ripercussione del quadro polmonare della ricorrente all'amministrazione e vista la presa di posizione dei periti internisti che escludono ripercussioni dei problemi polmonari sulla capacità lavorativa residua, questo Tribunale non può far altro che constatare l'irrelevanza, ai fini del presente giudizio, del rapporto del dr. \_\_\_\_\_.

Peraltro, anche in questo caso il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ fa riferimento alla situazione valetudinaria successiva all'emanazione della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.7.). Si rammenta che la problematica polmonare era stata rilevata dai periti tra le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa residua (cfr. supra consid. 2.4.).

Tutto ben considerato, nemmeno il referto del dr. \_\_\_\_\_ appare suscettibile di validamente supportare le censure sollevate dall'insorgente.

In conclusione, dunque, non vi sono sufficienti elementi che permettono di discostarsi dalle risultanze peritali e, dunque, dal medico SMR circa lo stato valetudinario e la capacità lavorativa residua dell'assicurata in attività che tengono conto dei limiti funzionali oggettivati.

In concreto, tuttavia, considerato che le conclusioni peritali non sono state inficiate dalla refertazione medica e dalle argomentazioni della ricorrente, questo Tribunale non può far altro che confermare il calcolo del grado d'invalidità operato dall'amministrazione (cfr. supra consid. 1.5 e 1.7.).

In ragione di tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto.

Visto l'esito della vertenza, le spese di 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.