

# TI\_GERICHTE 32.2023.140 vom 6. November 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-11-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.140)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.140 du 6 novembre 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.140 del 6 novembre 2023

## Regeste

Conferma perizia pluridisciplinare di un SAM rispetto ad una perizia privata pluridisciplinare. L'assicurata è da considerare pienamente abile al lavoro e quindi non ha diritto ad una rendita

## Erwägungen

### E. 1

e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022. ” Secondo le citate circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita, l’asserita invalidità e l’eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2022. Per contro, se l’eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. Nel caso in esame, l’assicurata ha presentato una domanda di prestazioni nel marzo 2021, ragione per cui l’eventuale diritto a prestazioni sarebbe in ogni caso insorto dopo la modifica legislativa (cfr. art. 28 cpv. 1 lett. b e 29 cpv. 1 LAI). Visto quanto precede, nel caso concreto è applicabile il nuovo diritto in vigore dal 1° gennaio 2022. 2.2. Secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s’intende l’incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell’invalidità, secondo questa definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all’assicurazione per l’invalidità ( Duc, L’assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46 ). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d’invalidità secondo l’art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è dunque di carattere giuridico economico e non medico

(DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha introdotto un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.3. Nel caso in esame dopo la STCA 32.2022.3 del 14 aprile 2022 l'Ufficio AI ha incaricato il \_\_\_\_\_ di eseguire un accertamento pluridisciplinare in ambito internistico (dr.ssa med. \_\_\_\_\_), neurologico (dr. med. \_\_\_\_\_) gastroenterologico (dr. med. \_\_\_\_\_), psichiatrico (dr.ssa. med. \_\_\_\_\_), pneumologico (dr. med. \_\_\_\_\_) e reumatologico (dr.ssa med. \_\_\_\_\_). Dal relativo rapporto 19 settembre 2023 risulta che i periti, visitata l'assicurata, dopo aver proceduto al consueto riassunto degli atti, esposta l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), elencati i disturbi soggettivi, le affezioni attuali, riportata la descrizione della giornata e le constatazioni obiettive, fondandosi su un'esauriente discussione tra di loro, hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 4.3 Diagnosi rilevanti con breve esposizione delle limitazioni funzionali emerse dai reperti. senza ripercussioni sulla capacità lavorativa 4.3.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa Nessuna 4.3.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Vertigine percettiva posturale persistente (PPPD-Persistent Postural-Perceptual Dizziness). Polineuropatia delle piccole fibre confermata da biopsia cutanea. Eemicrania con aura visiva. Probabile sindrome delle gambe senza riposo. Sindrome dolorosa paravertebrale cronica in lievi alterazioni degenerative segmentali del

rachide cervicale e lombare. Tendenza fibromialgica (11 su 18 punti fibromialgici positivi). Tendenza ad iperlaxità legamentare. Piedi cavi bilateralmente. Possibile lieve asma bronchiale. Stato dopo asportazione di tumore a basso grado di malignità del sottocute della parete toracica superiore sin. 2017. Progresso tabagismo. Iperomocisteinemia (48,2 umol/L) associata a deficit di acido folico (4,8 nmol/L). Lieve sovrappeso (BMI 25,9 kg/m<sup>2</sup>). Ipertrigliceridemia (2,2 mmol/L). Allergia a mezzo di contrasto. (...)” (inc. AI pag. 535) In merito alle ripercussioni funzionali dei reperti/delle diagnosi i periti, dopo discussione, hanno rilevato: " (...) 4.3.3 Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi Dal punto di vista reumatologico la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ descrive i seguenti limiti funzionali: “può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all’altezza dei fianchi, spesso tra 5-10 kg fino all’altezza dei fianchi, talvolta tra 10-15 kg fino all’altezza dei fianchi, di rado tra 15-25 kg fino all’altezza dei fianchi, mai oltre 25 kg fino all’altezza dei fianchi; l’A. può spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l’altezza del petto di talvolta pesi oltrepassanti 5 kg sopra l’altezza del petto. L’A. può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado maneggiare attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L’A. può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, può spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L’A. può assumere molto spesso la posizione seduta di lunga durata, spesso la posizione in piedi di lunga durata. L’A. può molto spesso camminare fino a 50 m, molto spesso oltre 50 m, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure spesso camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale”. In ambito pneumologico, in considerazione della presenza di una lieve asma bronchiale, l’A. è da considerare teoricamente non idonea per lavori con elevata esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie (fumi, polveri, sostanze irritanti). (...)” (inc. AI pag. 536) Riguardo agli aspetti della personalità, hanno precisato: " (...) 4.4 Discussioni di aspetti della personalità La Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ riferisce che non vi è un disturbo di personalità, tuttavia sono emersi tratti di personalità del registro ansioso, connotati da una difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti, necessità “di controllo” anche attraverso una spiegazione razionale dei propri sintomi, oltre che aspetti alexitimici. (...)” (inc. AI pag. 536) Sui fattori di stress e di risorse gli specialisti hanno rilevato: " (...) 4.5 Discussione di fattori di stress e risorse Un fattore di stress è rappresentato dal non essere ancora riuscita a comprendere la causa alla base dei disturbi fisici presenti e il non aver ancora elaborato la ferita narcisistica rispetto alla perdita della propria integrità fisica e della propria autonomia. Inoltre le situazioni di stress possono teoricamente peggiorare dei sintomi di un intestino irritabile ma non in modo tale da rendere l’A. inabile al lavoro. Tuttavia la perizianda mostra di avere alcune risorse in particolar modo un aspetto pragmatico che la porta a non avere un atteggiamento regressivo ma a cercare di trovare anche delle strategie al fine di risolvere e mitigare i disturbi presenti. Oltre a quanto sopra l’A. è in possesso di un diploma in qualità d’impiegata di commercio e di un diploma cantonale di funzionaria amministrativa degli enti locali ed ha maturato una lunga esperienza soprattutto come contabile amministrativa cantonale, lavorando per il \_\_\_\_\_ dal 2012 al 2020. Dal punto di vista sociale può contare sul supporto del marito, con il quale riferisce una buona intesa. Infine nonostante i descritti problemi di salute, è riuscita a mantenere una normale strutturazione della giornata e ad instaurare dei rapporti positivi con i medici curanti sottoponendosi con costanza ai

trattamenti proposti. (...)" (inc. AI pag. 536-537) In conclusione, l'assicurata è stata ritenuta abile al 100%, senza alcuna riduzione di rendimento, in ogni ambito lavorativo, compresa quindi la sua originaria attività amministrativa / contabile. I periti hanno poi risposto alle domande del legale dell'assicurata (punto n. 4.11 della perizia). A seguito delle osservazioni 27 ottobre 2023 dell'assicurata, con annotazioni 31 ottobre 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_ del SMR ha avallato la perizia pluridisciplinare (pag. 120). Con il ricorso l'assicurata, fondandosi sulla documentazione da lei prodotta, contesta la valutazione pluridisciplinare del \_\_\_\_\_, ritenendo data un'inabilità globale del 60%. 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

### **E. 1.2**

con rinvii), ciò che nel caso in esame corrisponde al 6 novembre 2023. Inoltre, come verrà esposto in seguito, i nuovi atti medici prodotti non apportano elementi che permettono di discostarsi dalla perizia \_\_\_\_\_. In particolare, valutando il rapporto 24 aprile 2024 dello \_\_\_\_\_, nelle annotazioni 7 maggio 2024 il dr. med \_\_\_\_\_ del SMR ha rilevato che si tratta di un controllo periodico a distanza senza segni per una ripresa della malattia (XXII/1). Trattasi di un pregresso (2017) tumore infiammatorio miofibroblastico, la cui recidiva è stata esclusa dallo \_\_\_\_\_ (" Non vi sono altri sintomi dubbi di recidiva"; la rivalutazione radiologia, tramite sonografia eseguita ad agosto non ritrova segni radiologici per recidiva tumorale"; doc. C1). In merito al rapporto 3 maggio 2024 dell' \_\_\_\_\_, vero che è stata riportata, fra l'altro, quale diagnosi principale una neuropatia delle piccole fibre sensitiva idiopatica, ciò che risulta anche nella perizia del \_\_\_\_\_. Nel rapporto \_\_\_\_\_ non vi sono però indizi che permettano d'ipotizzare l'esistenza di una neuropatia invalidante. In particolare gli episodi vertiginosi, di annebbiamento visivo soprattutto durante la marcia, riportati nell'anamnesi, sono stati ampiamente indagati nella perizia multidisciplinare. Inoltre l' \_\_\_\_\_ riferisce come l'esame effettuato " non (sottolineatura del redattore) documenta elementi per ipotensione ortostatica o di autonomia ", registrando solo episodi di ipertensione sisto-diastolica in posizione ortostatica e durante sforzo fisico, consigliando una presa a carico per eventuale ipertensione (doc. D), affezioni, queste ultime, non invalidanti. Anche gli esami di laboratorio prodotti il 17 giugno 2024 senza ulteriore documentazione clinica non sono rilevanti, tant'è che nell'annotazione 24 giugno 2024 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha concluso che "l'attuale documentazione medica non aggiunge nuovi elementi di rilievo per l'apprezzamento della esigibilità lavorativa dell'assicurata " (XXXVII/1). 2.10. In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare del \_\_\_\_\_ datata 19 settembre 2022, alla quale va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali

(DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che RI 1 risulta abile al 100% sia nell'abituale attività che in altre attività adeguate. Ne consegue che, confermata la decisione contestata, il ricorso va respinto. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono 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, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, 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 (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il 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 e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il

paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella DTF 130 V 352 (confermata in DTF 136 V 281 consid. 3.2.1 e 131 V 49 e nelle STF 9\_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C\_959/2009, 9C\_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni

nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale 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 Tribunale federale 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 due sentenze menzionate 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. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.6. Nella fattispecie in esame, la ricorrente ribadisce la necessità di un accertamento in ambito ORL e reumatologico, come pure riguardo agli aspetti metabolico-endocrinologico, fisiatrico e ortopedico. Inoltre, chiede l'esecuzione di una valutazione funzionale EFL, l'esame di eventuali provvedimenti da utilizzare in ambito lavorativo ai fini di limitare l'incapacità lavorativa, il tutto preceduto da una valutazione in ambito neuro-fisico per testare la residua resistenza, attenzione e concentrazione. A tal riguardo, nel complemento peritale 10 gennaio 2024 il \_\_\_\_\_

ha spiegato (sottolineature del redattore): " Dal punto di vista metabolico sono state rilevate tramite gli esami di laboratorio del 1.2022, eseguiti in ambito peritale, un'ipertrigliceridemia (2,2 mmol/l) ed un'iperomocisteinemia (48,2 mol/l) associata a deficit di acido folico, (4,8 nmol/l). Per il resto valori rientra norma per quanto riguarda l'esame ematologico, la funzionalità renale, la funzionalità epatica ed indici di colestasi, indici di flogosi, funzionalità tiroidea e colesterolemia. Le alterazioni di cui sopra, non giustificano una riduzione della capacità lavorativa, ma rappresentano una predisposizione all'insorgenza di eventuali patologie (problematiche a carico delle vie biliari, eventi cardio e cerebrovascolari) che al momento, fortunatamente, l'A. non ha sviluppato e che ci si augura che non manifesti neppure in futuro, anche grazie ad un buon monitoraggio ed all'introduzione di provvedimenti medici, peraltro indicati al punto 8.3 della perizia internistica ed al punto 4.10 del consenso . Per ciò che concerne il contenuto del ricorso datato 6.12.2023, si segnala che riguardo la valutazione ORL, chiesta dall'Avv. RA 1, non solo non emergono negli accertamenti eseguiti a suo tempo dall'A., patologie in tale ambito, ma che in merito alla necessità dello svolgimento di un accertamento in tale disciplina, si è già espresso negativamente il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni con sentenza del 14.4.2022. Si sottolinea pure che, nonostante il rappresentante legale affermi (a torto) che la valutazione peritale sia incompleta, l'A. è stata sottoposta, come chiaramente ricavabile dalla perizia, a valutazione: reumatologica (Dr.ssa med. \_\_\_\_\_), pneumologica + prove di funzionalità respiratoria (Dr. med. \_\_\_\_\_), neurologica (Dr. med. \_\_\_\_\_), gastroenterologica (Dr. med. \_\_\_\_\_), psichiatrica (Dr.ssa med. \_\_\_\_\_) ed internistica (Dr.ssa med. \_\_\_\_\_), inoltre sono stati eseguiti esami di laboratorio ed ECG, i quali, come evidenziato le conclusioni peritali, non hanno portato alla definizione di diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa. A tal proposito si sottolinea che non è sufficiente un elenco, seppure lungo, di diagnosi per determinare incapacità lavorativa, né si può ritenere che vi sia, a prescindere, un'interazione tra le stesse con conseguente impatto funzionale. (...). Per quel che riguarda la valutazione neuropsicologica effettuata dalla psicologa signora \_\_\_\_\_, la stessa riporta di risultati nella norma e scrive che: "pur non evidenziando la valutazione delle prestazioni deficitarie, si vuole mettere in evidenza quanto segue: l'A. riferisce di doversi concentrare moltissimo per poter affrontare le prove; il setting privo di rumori e stimoli distraenti ha permesso di valutare /e prestazioni in condizioni ottimali, tuttavia, nella quotidianità non è possibile avere un tale setting, tant'è vero che l'A. verbalizza importanti difficoltà a svolgere anche le attività del quotidiano." Da ciò si ricava che di fatto non sussistono dei deficit cognitivi e dei disturbi neuropsicologici, ma semplicemente vengono riportati i sintomi e i disturbi verbalizzati dall'A. (...) Questo TCA non ha motivo per non aderire alle precise, esaurienti e convincenti spiegazioni del \_\_\_\_\_. Non è pertanto necessario esperire gli ulteriori accertamenti chiesti dal ricorrente. Anche per quanto riguarda la richiesta di una valutazione funzionale EFL, di un esame di eventuali provvedimenti professionali da utilizzare in ambito lavorativo ai fini di limitare l'incapacità lavorativa, la stessa non merita accoglimento, ritenuto che, come già evidenziato e come verrà in seguito ribadito (cfr. consid. 2.10), nell'ambito della perizia pluridisciplinare all'assicurata non sono state riscontrate patologie invalidanti. Va poi ricordato che per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. deve, tra l'altro, essere dedotto il diritto per l'interessato di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 127 I 56, 126 I 16, 124 V 181,

375). Sono in ogni caso ammesse soltanto le prove giuridicamente determinanti ai fini del giudizio; possono inoltre essere respinti i mezzi di prova atti a provare una circostanza già chiara, i mezzi di prova che non porterebbero alcun chiarimento alla fattispecie o, ancora, che sono noti all'autorità per sua conoscenza diretta o indiretta (DTF 120 V 360). Quindi, se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Dieterle/Kieser, op. cit., pag. 212; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 1998, pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; DTF 122 II 469, 122 III 223). In tal caso non sussiste una violazione del diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV N. 10 pag. 28; DTF 124 V 94).

2.7. Con scritto 17 aprile 2024 (cfr. consid. 1.8) il legale dell'assicurata sostiene una violazione dell'obbligo di accertare i fatti da parte dell'Ufficio AI, avendo l'amministrazione fatto capo a complementi peritali del \_\_\_\_\_, i cui referti specialistici non possono beneficiare della valenza probatoria in quanto prodotti nell'ambito giudiziario. Va ricordato che l'obbligo di accertare i fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGa, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno (STF 9C\_675/2009 del 28 maggio 2010, consid. 8.3). L'amministrazione non può infatti rimandare gli approfondimenti necessari all'accertamento dei fatti determinanti alla procedura di opposizione e tanto meno a quella giudiziaria di ricorso senza in questo modo contravvenire allo scopo perseguito dalle relative disposizioni che è quello di sgravare in definitiva i tribunali (STF 9C\_675/2009 del 28 maggio 2010, consid. 8.3 e riferimenti). Inoltre, secondo costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, in *BJM* 1989, p. 30ss.), quando si consideri anche che, come accennato, è determinante per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Nel caso in esame, i complementi peritali non costituiscono nuovi e approfonditi accertamenti. Trattasi invece di delucidazioni, di prese di posizione in risposta a critiche/censure sollevate. Quindi l'accertamento peritale come tale non perde valenza probatoria piena ai sensi del consid. 2.4. Per questi motivi la censura dev'essere respinta. Va del resto rilevato che i complementi peritali sono stati trasmessi dal TCA al legale dell'assicurata con assegnazione di un termine per presentare al riguardo osservazioni. L'insorgente, tramite il suo patrocinatore, ha pertanto avuto modo di esprimersi in merito e quindi il suo diritto di essere sentito è stato debitamente salvaguardato.

2.8. Ora, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato dal \_\_\_\_\_, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 19 settembre 2023, poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al consid. 2.4. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le

conclusioni a cui essi sono giunti. 2.8.1. Nell'ambito della perizia del \_\_\_\_\_, dal punto di vista psichiatrico l'assicurata è stata valutata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Nel suo rapporto 30 novembre 2022 (pagg. 598-624) la specialista in psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato l'assicurata ha proceduto al consueto elenco degli atti, all'anamnesi, alle costatazioni obbiettive. In particolare, per quanto concerne la valutazione medica, essa ha rilevato: " (...) Sul piano psichiatrico non è mai stata presa in carico dal punto di vista specialistico psichiatrico, mentre vi è stata una presa a carico psicologica tra il 1999/2000 per insonnia, e successivamente nel 2017 dopo la diagnosi oncologica, in quanto l'incertezza della diagnosi e del procedere terapeutico aveva creato nell'ambiente intorno a sé un'ansia che ella faceva fatica a tollerare e per questo aveva chiesto un supporto, supporto che poi è stato sospeso dopo la conclusione degli interventi di ricostruzione del 2018, ma che durante la valutazione peritale psichiatrica è stato ripreso. A livello farmacologico, non ha mai assunto psicofarmaci ad eccezione di un tentativo con Cymbalta 30 ma a seguito del riscontro di una sindrome da gambe senza riposo, terapia che non ha tollerato e che ha sospeso dopo due giorni, quindi un tempo estremamente basso per poter valutare un'eventuale efficacia. Per quanto riguarda la personalità, emerge una certa difficoltà nell'adattamento ai cambiamenti, un bisogno di controllo rispetto alla situazione e una difficoltà nell'adattarsi ai cambiamenti fisici presenti che la portano a vivere una riduzione della propria autonomia, motivo per lei di grande disagio. (...)” (inc. AI pag. 617-618) La perita non ha riscontrato patologie extra-somatiche, poiché (sottolineatura del redattore): " (...) Attualmente l'A. riferisce una difficoltà ad accettare i sintomi avvertiti sul piano fisico dalle quali si sente limitata; pur mostrando un autentico disagio e sofferenza rispetto ai sintomi fisici che la portano a sperimentare la sensazione di un mancato controllo del proprio corpo e i vissuti di incertezza dettati dal non aver ancora compreso le cause alla loro base, sul piano nosografico non appaiono soddisfatti i criteri per un disturbo da disadattamento, essendo la loro intensità e pervasività sottosoglia. Non si apprezza un umore depresso, l'ansia appare molto lieve, non ha espresso preoccupazioni o sentimenti di incapacità ad affrontare la situazione e il solo funzionamento psichico non mostra una compromissione delle competenze cognitive, affettive, relazionali rispetto al funzionamento premorboso . Per quanto riguarda un disturbo somatoforme, anche in questo caso non trovo soddisfatti i criteri secondo ICD, in quanto il corteo di sintomi presenti non soddisfa una sindrome da somatizzazione. non è emerso un conflitto emozionale né problemi psicosociali che possano essere individuati come fattori causali, non è emersa dalla malattia un vantaggio primario o secondario. Anche i criteri per una sindrome ipocondriaca non sono soddisfatti in quanto non è emersa una persistente preoccupazione riguardante la possibilità di avere una o più malattie somatiche gravi e progressive. (...)” (inc. AI pag. 618-619) Per quel che concerne la valutazione medico-assicurativa, la specialista ha segnalato rilevato (sottolineatura del redattore): " (...) L'A. si è sottoposta a psicoterapia per alcuni mesi dopo la diagnosi oncologica, trattamento che ha nel frattempo ripreso. Penso che tale decisione sia positiva e che la possa aiutare ad accettare le limitazioni percepite e superare la ferita narcisistica rispetto alla perdita della propria integrità fisica e della propria autonomia. Mostra di avere alcune risorse in particolar modo un aspetto pragmatico che la porta a non avere un atteggiamento regressivo ma a cercare di trovare anche delle strategie alfine di risolvere e mitigare i disturbi presenti. (...)” (inc. AI pag. 619) Infine la perita, escludendo qualsiasi disabilità psichica, non ha di conseguenza riscontrato alcuna incapacità lavorativa. Contrariamente a quanto valutato dalla perita, nella valutazione 4 dicembre 2023, prodotta con il ricorso (cfr. consid. 1.3), il dr. \_\_\_\_\_ ha

invece ritenuto dato un grave Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati (DSS in DSM-V): " (...) anamnesticamente si rileva resistenza già in età preadolescenziale della presenza in ambito familiare di fattori stressogeni a valenza psicopatogenetica rappresentati dalla riferita grave inadeguatezza genitoriale della figura materna e della persistente conflittualità genitoriale, che hanno di certo contribuito a determinare nella paziente una disfunzionale fragilità dell'io -con persistenza di modalità difensive quali negazione , scissione e conversione, incapacità di contenere vissuti depressivi ed abbandonici e di rielaborare ferite narcisistiche determinate da eventi traumatizzanti la psiche o il corpo. In tale assetto personologico meiorpragico l'evento tumorale di per sé in grado di generare comunemente ansie ed angosce relative alle possibili complicazioni compresa la propria sopravvivenza, ha verosimilmente giocato un ruolo decisivo nel determinare una condizione di scompensazione psicopatologica di significato clinico. Di fatto la paziente, già predisposta a rappresentare simbolicamente in ambito somatico inaccettabili e traumatici vissuti psichici, dopo tale evento patologico ha strutturato un grave Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati (DSS in DSM-V) oltre che una rilevante regressione personologica di tipo infantile tesa al soddisfacimento inconscio di primitivi bisogni di cure ed accudimento affettivo ora ricercato sia in ambito sanitario che matrimoniale. (...)" (doc. I pag. 9) In merito alla succitata diagnosi, con presa di posizione 8 gennaio 2024 la perita psichiatra ha osservato in particolare (sottolineature del redattore): " (...) La diagnosi posta dal Dr \_\_\_\_\_ di Disturbo da Sintomi Somatici (DSS) secondo il DSM V appartiene alla categoria "Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati " e viene definita dal codice F 45.1, lo stesso che nell'ICD 10 viene attribuito alla "Sindrome somatoforme indifferenziata". Il criterio diagnostico A del DSM per il DSS recita, "uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano alterazioni significative della vita quotidiana". Nel caso in esame non si assiste ad alterazioni importanti della vita quotidiana: nei colloqui avuti con la scrivente l'Assicurata aveva descritto una giornata strutturata, dove era in grado di provvedere ai propri bisogni, si occupava di mansioni domestiche, di attività amministrative, non si palesava un ritiro sociale in tutti gli ambiti della vita, svolgeva attività di suo gradimento come suonare il piano, ricamare, produrre candele ect. Si evidenziava una vita varia, strutturata con varie attività che cercava di fare senza mostrare un atteggiamento passivo-rinunciatorio o regressivo. Il criterio B del DSS recita: "pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati ai sintomi somatici associati a preoccupazioni relative alla salute, come indicato da almeno uno dei seguenti criteri: 1-pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi (il Dr \_\_\_\_\_ nel suo esame scrive "... Non si evidenziano disturbi del contenuto identico" così come anche nella mia valutazione), 2-livello costantemente elevato di ansia per la salute per i sintomi (tale del sintomo non è evidenziato nel suo status e durante la mia valutazione era di grado lieve), 3- tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o preoccupazioni riguardanti la salute (l'Assicurata nonostante i sintomi fisici lamentati riesce a dedicare tempo ad altre attività, non ha espresso preoccupazioni eccessive rispetto alla sua salute). Il criterio C recita: "sebbene possa non essere continuamente presente alcuno dei sintomi la condizione di essere sintomatici è persistente (tipicamente da più di sei mesi)". Il consulente psichiatra sostiene che si sia di fronte ad un quadro clinico grave. Secondo il DSM V esso si verifica quando sono soddisfatti due o più sintomi specificati nel criterio B (criterio che non appare soddisfatto a mio avviso secondo le argomentazioni da me poste), oltre ai quali ci sono molteplici sintomi fisici (o un sintomo fisico molto grave). Ritengo che la diagnosi formulata dal consulente psichiatra Dr \_\_\_\_\_ si sia basata esclusivamente sui sintomi

riferiti dall'Assicurata senza tener conto del suo funzionamento, ad esempio descrivendo la sua giornata tipo, come richiesto nella struttura della perizia AI. In ultimo nel consulto psichiatrico non trovo riportati i limiti funzionali, né il consulente si esprime sulla capacità lavorativa né in termini di riduzione né rispetto al suo eventuale inizio. Il Dr \_\_\_\_\_ invece attesta nell'attualità che vi sia un'incapacità lavorativa del 60% per qualsiasi attività medico teorica (abituale e confacente). Non si esprime quindi sulla capacità antecedente, e come detto sopra nella perizia sul piano psichiatrico non vi sono elementi che mettano in luce un peggioramento del quadro clinico rispetto alla mia valutazione nel 2022. In conclusione, non trovo, dalla nuova documentazione, elementi che mi portino a discostare rispetto alla mia valutazione diagnostica e sulla capacità lavorativa che quindi riconfermo; inoltre non intravedo elementi cimici che evidenzino un cambiamento dello stato di salute rispetto alla mia valutazione del 2022". (...)” (doc. IV/1 pag. 10-11) Queste conclusioni sono contestate dal prof. \_\_\_\_\_, contenute nelle osservazioni 3 febbraio 2024 del centro peritale dr. \_\_\_\_\_: " (...) Al termine delle sue conclusioni in atti la Dott.ssa \_\_\_\_\_ afferma erroneamente che la diagnosi di me formulata "si sia basata esclusivamente sui sintomi riferiti dall'Assicurata senza tener conto del suo funzionamento, ad esempio descrivendo la sua giornata tipo". Di fatto, nel caso che trattiamo, diversamente dalla collega, il mio metodo di indagine psicodiagnostico non si è limitato all'esame psichico della paziente e alla raccolta di dati attestati dell'anamnesi patologica, ma anche, in sintonia con le indicazioni in auge ormai dagli anni '50 della psichiatria psicoanalitica, ad esaminare l'assetto personologico della paziente, valutare attentamente le sue dinamiche famigliari e i riferiti precedenti disturbi ad impronta psicosomatica sofferti sin dall'adolescenza. Credo che il non aver impiegato questo approccio psicodiagnostico, abbia precluso alla Dott.ssa \_\_\_\_\_ di interpretare con valido criterio semeiotico il complesso quadro sintomatico della RI 1 e coglierne il significato clinico in ambito psicopatologico, così da giungere alla formulazione di una diagnosi psichiatrica. Ad esempio, la collega afferma di non aver potuto fare diagnosi di "sindrome da somatizzazione in quanto" non era emerso un conflitto emozionale né problemi psicosociali che potessero essere individuati come fattori causali, né era emersa dalla malattia un "vantaggio primario o secondario". Dalla mia descrizione relativa all'assetto personologico della paziente caratterizzata da una franca meopraxia dell'ho con persistenza di difese primitive quali la negazione, la scissione e la conversione e dai rilevati vissuti abbandonici nella relazione genitoriale, appare del tutto comprensibile: · Che i presumibili vissuti ansiosi, abbandonici ed angoscienti reattivi all'evento tumorale, così come accaduto già nel suo percorso esistenziale addirittura in occasione di banali eventi lesivi della sua integrità fisica, fossero negati a livello di coscienza ed espressi simbolicamente a livello somatico. · Che i succitati vissuti emozionali, in ordine ai vantaggi derivati dall'evento tumorale, abbiano permesso alla paziente il soddisfacimento inconscio di bisogni di attenzione ed accudimento risalenti alla sua infanzia, gratificazione ottenuta con la ricerca e la costante adesione da parte della paziente ai trattamenti terapeutici proposti in varie sedi specialistiche e con l'assunzione di un ruolo infantile nel rapporto con il marito e i familiari. · In tale assetto personologico favorente la negazione dei vissuti affettivi e rafforzato da uno stile educativo coartante ribadito dalla paziente nel colloquio con lo scrivente allorquando afferma che "sin da piccola è stata abituata a non mostrare la sua sofferenza inferiore ..." risultava certamente improbabile che la stessa potesse esprimere angosce o preoccupazioni relative alle sue condizioni di salute permettendo anche allo specialista di poter così individuare aspetti psicopatologia disadattivi. La collega inoltre afferma che "nel caso in

esame non si assiste ad alterazioni significative della vita quotidiana" per quanto da lei rilevato nei colloqui effettuati con l'Assicurata nel 2022. Dai dati clinici in mio possesso e analiticamente descritti nella mia relazione nel capoverso "colloquio Psichiatrico", tale considerazione mi appare davvero inadeguata al caso, sia a fronte della quantità e qualità del corredo sintomatologico cronicamente sofferto della Paziente che per l'invalidante impatto sul suo funzionamento personale, relazionale e lavorativo. In conclusione, non ritengo che le osservazioni della Collega Uslenghi siano probanti di mie negligenze relative ai criteri diagnostici vigenti nel DSM V, quanto rappresentino il non raro esito discordante di un accertamento psichiatrico condotto con diverso approccio diagnostico. Pertanto, non posso che riconfermare in capo alla signora RI 1 la diagnosi formulata nella mia relazione datata 1.12.2023, di Grave Disturbo da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati (DSS in DSM V) associato a rilevante regressione personologica di tipo infantile tesa al soddisfacimento inconscio di primitivi bisogni di cure ed accudimento affettivo ora ricercato in ambito sanitario. (...)” (doc. VIII pag. 3-4) Con scritto 6 marzo 2024 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, con riferimento a suddetta presa di posizione, ha rilevato (sottolineature del redattore): " (...) Noto che la sua presa di posizione non aggiunge nuovi elementi rispetto a quelli precedentemente contenuti nella sua valutazione del 01.12.2023 su cui avevo già preso posizione. Non trovo in questa nuova documentazione sul piano psichiatrico, quindi nel mio campo di specialità, risposte alle mie osservazioni contenute nel mio precedente elaborato del 08.01.2024. Come avevo già sottolineato nella mia presa di posizione, secondo l'anamnesi professionale raccolta, l'A. ha comunque continuato la sua attività lavorativa dopo il 2017 e quindi dopo l'evento tumorale; infatti è stata dichiarata inabile al lavoro per alcuni mesi per poi riprendere al 20% da febbraio 2018 e poi al 100% dal maggio 2018 fino al 20.08.2020 quando è attestata una inabilità lavorativa nella misura del 50%. con successivo aumento della inabilità lavorativa al 100% a partire dall'1.11.2020. Da allora non ha più lavorato . Pertanto non comprendo ancora oggi come il disturbo psichiatrico diagnosticato dal Dr \_\_\_\_\_, comparso nel 2017 (il Dr \_\_\_\_\_ nella sua prima valutazione concludeva che sul substrato psichico preesistente il sarcoma diagnosticato nel 2017 aveva portato alla comparsa e strutturazione del Disturbo da Sintomi Somatici) e giudicato come grave, abbia influito sulla capacità lavorativa, come sostenuto nella perizia del Dr \_\_\_\_\_, solo anni dopo e senza che il consulente psichiatra nella sua valutazione si sia espresso per un eventuale peggioramento del disturbo da lui diagnosticato visto che fino al 2020 vi è stata una piena capacità lavorativa. Come già riportalo ed argomentato nella mia presa di posizione a cui rimando non ho trovato i criteri secondo la Classificazione Internazionale che soddisfino tale entità diagnostica, né li trovo in questa nuova documentazione esaminata. Ribadisco che ancora una volta nella valutazione psichiatrica non trovo riportati i limiti funzionali, né il consulente si esprime sulla capacità lavorativa né in termini di riduzione percentuale né rispetto al suo eventuale inizio; anche nella attuale presa di posizione psichiatrica, come in quella precedente del Dr \_\_\_\_\_ sul piano psichiatrico non vi sono elementi che mettano in luce un peggioramento del quadro clinico rispetto alla mia valutazione nel 2022 che quindi riconfermo nella sua interezza ”. (...)” (doc. XIII/1 pag. 5) Con rapporto medico 9 aprile 2024 il dr. \_\_\_\_\_ ha in sostanza confermato la diagnosi da lui posta, confermando pure la natura invalidante dei disturbi psicopatologici di cui l'assicurata è portatrice ( doc. XVIII pag. 2). Infine, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel suo scritto 30 aprile 2024 ha ribadito la propria posizione (sub XXI/1). Ora, in primo luogo va rilevato che secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità

lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Per questi motivi, le differenze diagnostiche non sono rilevanti. Determinate sono invece le conseguenze sulla capacità lavorativa provocate dall'afezione psichiatrica, ciò che nel caso concreto la perita non ha riscontrato. La sua valutazione è stata eseguita nel rispetto della procedura probatoria strutturata secondo gli indicatori (cfr. consid. 2.5). La perita ha infine evidenziato che, con riferimento alla summenzionata valutazione, dal "consulto psichiatrico non trovo riportati i limiti funzionali, né il consulente si esprime sulla capacità lavorativa né in termini di riduzione né rispetto al suo eventuale inizio". Alla valutazione peritale dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ va pertanto riconosciuto valore probatorio pieno. 2.8.2. Dal punto di vista neurologico, l'assicurata è stata peritata dal dr. med. \_\_\_\_\_. Nel rapporto 21 dicembre 2022 (pagg. 628-638) lo specialista in neurologia, dopo aver riportato il riassunto degli atti, riferite le anamnesi, descritto lo status neurologico, preso visione della documentazione radiologica, non ha ritenuto data la presenza di una patologia neurologica invalidante. Nella sua valutazione egli riferisce che si tratta di un'assicurata con vari sintomi soggettivi che corrispondono ad una sindrome vertiginosa non dovuta ad una patologia organica neurologica (PPPD: Persistent Postural – Perceptual Dizziness. Riferisce pure di un'emicrania con aura, una sindrome delle gambe senza riposo ed una polineuropatia delle piccole fibre. Lo specialista ha poi ricordato che la paziente è stata sottoposta ad estese indagini in ambito neurologico, oftalmologico e ORL senza che fossero constatate patologie organiche maggiori al di fuori di quelle già citate, che non hanno alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa (pag. 632). Diversamente a quanto valutato dal perito, nel rapporto 27 novembre 2023 prodotto con il ricorso (cfr. consid. 1.3), il dr. \_\_\_\_\_ nelle conclusioni, diagnosticata una neuropatia delle piccole fibre, ha ritenuto "una possibile correlazione tra i disturbi della visione e la sintomatologia vertiginosa, interpretati come "dizziness" (sottolineatura del redattore) e disturbo neuropatico", precisando "di valutare il deficit dispercettivo dell'equilibrio, la riferita alterazione delle propriocezione e l'alterazione stereotassica della visione interpretati come disturbo funzionale in realtà possibile conseguenza della neuropatia. Necessità di valutare altre possibili causa in particolare le canalopatie "(sub doc. A3). Con osservazioni 18 dicembre 2023 il perito neurologo, prendendo posizione sul succitato rapporto 27 novembre 2023 del dr. \_\_\_\_\_ (allegato alla documentazione trasmessa dall'amministrazione in sede di risposta; cfr. consid. 1.4), ha in primo luogo ben spiegato, con supporto di articoli scientifici, che "ipotizzare dunque che questa polineuropatia, sulla quale per altro non vi sono dubbi concernenti la diagnosi presso la paziente causi il disturbo dell'equilibrio soggettivo della paziente e tutti gli altri sintomi citati è sicuramente una forzatura " (sottolineature del redattore). Con riferimento al rapporto 28 febbraio 2024 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia (cfr. consid. 1.6), il 56 marzo 2024 il perito ha riferito (sottolineatura del redattore): " (...) La Dott.ssa riferisce che la sindrome vertiginosa soggettiva episodica, favorita da cambiamenti posturali e dalla visione di movimento è discretamente migliorata con Rezirkane. Si discutono eventuali esami ulteriori per definire l'origine della neuropatia delle piccole fibre. Anche dalla valutazione della Dott.ssa \_\_\_\_\_ emerge dunque chiaramente che non si ritiene presente una relazione della sindrome vertiginosa soggettiva con la neuropatia delle piccole fibre, diagnosi che vengono

citare separatamente e proprio per la sindrome vertiginosa si ipotizza invece una cosiddetta PPPD- Persistent Postural Perceptual Dizziness come riportato nella mia prima valutazione del 21 dicembre 2022 . Concludendo, sono sicuramente d'accordo, come d'altronde era stato discusso fin dalla prima valutazione del dicembre 2022 scritto, che la paziente è affetta da una polineuropatia delle piccole fibre . Non ritengo però che tutti i sintomi da lei riportati, al di fuori dei disturbi sensitivi, possano essere ricondotti a questa patologia e questo anche sulla base della letteratura medica ma anche del reperto clinico che, come anche riportalo dal Dr. \_\_\_\_\_, era normale per quel che riguarda i test d'equilibrio e di marcia. Anche secondo il rapporto della Dott.ssa \_\_\_\_\_, pure neurologa, non si cita una possibile relazione tra la sindrome vertiginosa e la neuropatia delle piccole fibre . Penso dunque di poter nuovamente confermare la mia valutazione del dicembre 2022. (...)” (doc. XIII/1 pag. 6-7) Infine, nella presa di posizione 23 aprile 2024 agli scritti 12 aprile 2024 del dott. \_\_\_\_\_ e 10 aprile 2024 del dott. \_\_\_\_\_, il perito ha in particolare rilevato (sottolineature del redattore): " (...) Nel rapporto del 12 aprile 2024 del Dr. \_\_\_\_\_ vi è un ulteriore commento concernente la situazione neurologica che fa riferimento al rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ del 10.04.2024. Si ritiene che il lungo elenco di sintomi descritti dalla paziente concernenti vertigini, astenia, facile stancabilità, stanchezza cronica, capogiri o disturbi dell'equilibrio, brividi alternati a sensazione di calore non giustificati, difficoltà di adattamento alla luce e diplopia “sono stati riscontrati o riferiti dalla perizianda”. A questo proposito faccio notare che nessun sintomo di questi è stato riscontrato o per meglio dire oggettivato presso la perizianda come avevo già discusso nelle mie precedenti valutazioni : anche il Dr. \_\_\_\_\_ aveva scritto nel suo rapporto del 27.11.2023 che “la deambulazione appare normale per tratti brevi, normali i cambiamenti di posizione, non latero-pulsione, normale la deambulazione su talloni e punte”. Nel suo rapporto non vi erano reperti oggettivi descritti all'esame clinico che correlassero con tutti i sintomi della paziente. Si può dunque solo affermare che si tratta di sintomi riferiti dalla perizianda ma non oggettivati . Come già discusso in precedenza si tratta di sintomi estremamente variegati e che ritengo, anche alla luce della letteratura medica da me citata in occasione del precedente rapporto del 06.03.2024, che non siano spiegabili con la polineuropatia delle piccole fibre. Per quel che riguarda invece i riferimenti citati dal Dr. \_\_\_\_\_ nel suo ultimo rapporto e in particolare nel sito [www.washingtonpost.com/health/pain](http://www.washingtonpost.com/health/pain) ho rilevato unicamente che si tratta del sito del noto quotidiano Washington post ma non di una rivista medica, mentre con [www.ainsf.com](http://www.ainsf.com) (ripreso anche dal dottor \_\_\_\_\_) non ho trovato riferimenti medici ma solo riferimenti ad un sito di Game Technology. Ritengo che i due articoli da me citati in precedenza costituiscano un'ottima base per la discussione oggettiva e alla luce di dati scientifici del caso senza ricorrere ad articoli riportati in un quotidiano non specialistico come può essere il Washington post. Facendo riferimento anche alle precedenti valutazioni e prese di posizione posso dunque da parte mia confermare quanto già discusso in precedenza. (...)” (doc. XXI/1 pag. 3-4) Orbene, questo TCA non può che confermare la valutazione peritale. Facendo riferimento alla perizia del dr. med. \_\_\_\_\_, la polineuropatia delle piccole fibre non è stata ritenuta invalidante, non risultando oggettivabili i sintomi descritti dalla perizianda. Inoltre, il perito, come la dr.ssa \_\_\_\_\_, non hanno riscontrato una possibile relazione tra la sindrome vertiginosa e la neuropatia delle piccole fibre. 2.8.3. Sempre in ambito \_\_\_\_\_ l'assicurata è stata peritata il 13 dicembre 2022 dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia . Nel suo rapporto 3 gennaio 2024 (pagg. 544 – 566) la perita riporta l'elenco atti steso dal \_\_\_\_\_, riferisce le anamnesi, descrive lo

status reumatologico e prende visione degli esami di laboratorio. Nella sua valutazione essa ha rilevato (sottolineatura del redattore): " (...) L'assicurata lamenta dal 2015 diffusi dolori al sistema locomotore a carattere ricorrente prevalentemente a carico del rachide cervicale e lombare, senza franche caratteristiche infiammatorie, associati ad altri sintomi quali vertigini, sensazione di ottundimento ed episodi di cefalea. Negli anni, dopo aver eseguito numerosi accertamenti specialistici, veniva ipotizzata la presenza di un Somatic Disorder. In ambito scheletrico venivano descritte lievi alterazioni degenerative al rachide cervicale e lombare che tuttavia non hanno modificato, fino all'attuale valutazione peritale reumatologica, le risorse fisiche dell'assicurata. Ritengo che l'attività svolta dall'assicurata sia già adeguata ai suoi problemi di salute . (...)” (inc. AI pag. 562) In un lavoro adatto allo stato di salute, la perita ha ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% in una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, a decorrere dal maggio 2018 (pag. 563). Prendendo posizione il 21 dicembre 2023 in merito alla più volte citata valutazione medico-legale del dott. \_\_\_\_\_, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato (sottolineature del redattore): " (...) Va da subito osservato che il Dott. \_\_\_\_\_ noti ha una formazione specialistica in ortopedia rispettivamente reumatologia, sottolineo inoltre come al 'interno della valutazione medico-legale l'A. sia stata sottoposta a nuove valutazioni neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche, mentre non vi è alcuna valutazione specialistica reumatologica e che le conclusioni riguardanti, secondo il Collega, la "drastica riduzione della capacità lavorativa" che si attesta, secondo la sua valutazione, al 40%, si basano su valutazioni mediche non inerenti al mio campo di specialità, che fanno altresì riferimento a documentazione medica già presente agli atti ed attentamente valutata dalla sottoscritta in ambito peritale. Sottolineo inoltre che la diagnosi a cui ero giunta di "tendenza fibromialgica", fa riferimento a una sindrome fibromialgica primaria (quindi non secondaria a malattie autoimmuni), malattia eterogenea, non di tipo autoimmunitario, con una trasmissione genetica non definita, che presuppone la presenza di un corollario sintomatologico eterogeneo, già valutato in ambito peritale dalla sottoscritta il 3.1.2023. Non intravedo quindi patologie riportate dal Dott. \_\_\_\_\_ inerenti al mio campo di specialità in grado di modificare le risorse fisiche presenti nell'A. il 3.1.2023, di conseguenza non posso giungere ad una diversa valutazione della capacità lavorativa dell'A., sia per l'attività abituale, sia per un lavoro adatto al suo stato di salute. (...)” (IV/1 pag. 7) A tal riguardo, il dr. \_\_\_\_\_ nel suo scritto del 3 febbraio 2024 ha precisato: " (...) Inoltre, nei riguardi della diagnosi di sindrome dolorosa paravertebrale cronica formulata dalla stessa Dott.ssa \_\_\_\_\_ alla visita del 13-12-2022, si ritiene che non sia necessaria specifica formazione ortopedica per rilevare i segni coerenti con tale affezione, immediatamente obiettivabili da qualsiasi collega, anche non specialista, all'esame ispettivo-palpatorio e alla richiesta di movimentazione attiva del tronco oltreché alla luce delle risultanze degli specifici esami strumentali. (...)” (doc. VIII, pag. 5) Infine, nella presa di posizione

## **E. 8**

marzo 2024 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ribadendo le motivazioni per cui ritiene che le affezioni reumatologiche non siano invalidanti, ha osservato (sottolineatura del redattore): " (...) Aggiungo infine, in risposta a quanto affermato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ circa la facilità diagnostica della sindrome dolorosa paravertebrale cronica sia dal punto di vista clinico che radiologico, che quest'ultima, da me obiettivata, è secondaria a solo lievi alterazioni rilevate alle indagini radiologiche, come sottolineato nelle mie conclusioni diagnostiche, fatto supportato anche da quanto indicato nell'esame clinico eseguito in sede peritale, in cui non obiettivavo franche limitazioni articolari del rachide, né segni di

radicolopatia, quanto piuttosto una dolenzia palpatoria diffusa, in linea con la diagnosi di tendenza fibromialgica da me accertata . (...)” (doc. XIII/1 pag. 7) Ora, anche in questo ambito specialistico non vi sono motivi per non aderire alla valutazione peritale della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la quale, con motivazioni convincenti e concludenti, non ha riscontrato un quadro reumatologico da cui risulti un’incapacità lavorativa. Essa non ha infatti identificato patologie invalidanti, escludendo, come visto, limitazioni del rachide e segni di radicolopatia. La perita ha anche riportato una tendenza fibromialgica non invalidante. A tal riguardo va fatto presente che in una recente sentenza 9C\_435/2022 del 20 giugno 2023, al consid. 5.1 il Tribunale federale ha ribadito che la diagnosi di fibromialgia è di competenza di un reumatologo e di una psichiatra, di modo che l’accertamento adeguato è l’allestimento di una perizia interdisciplinare, che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichiatrici. Ciò che corrisponde al caso concreto, avendo, come visto, il SAM proceduto anche ad una valutazione psichiatrica in cui la perita non ha riscontrato una simile patologia, motivando inoltre l’assenza di un disturbo somatoforme. 2.8.4.

L’assicurata è stata poi peritata dal punto di vista gastroenterologico e pneumologico. I rispettivi periti, dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, nei loro rapporti del 18 novembre 2022 e 15 dicembre 2022 non hanno riscontrato patologie invalidanti. Le loro conclusioni, frutto di un accurato e minuzioso esame, non sono state oggetto di contestazione da parte dell’assicurata. Non è stata del resto prodotta nuova documentazione relativa alle succitate discipline mediche. 2.8.5. In merito alla capacità lavorativa complessiva, nella perizia 19 settembre 2023 il \_\_\_\_\_ ha rilevato che tutti gli specialisti concordano per una piena abilità in tutti gli ambiti (punto 4.6 della perizia), quindi sia nell’attività finora svolta di funzionaria amministrativa-contabile che in attività adeguate (punti 4.7 e 4.8 della perizia). I periti hanno poi esaurientemente risposto alle domande poste il 24 novembre 2022 dal legale dell’assicurata in merito alla capacità lavorativa (punto 4.11 della perizia). 2.8.6.

Non da ultimo va fatto presente che, come correttamente evidenziato dalla perita psichiatrica nel suo rapporto 30 aprile 2024, la valutazione complessiva del 60% d’inabilità lavorativa contenuta nella perizia (privata) multidisciplinare del 4 dicembre 2023 del dott. \_\_\_\_\_ è stata eseguita “ senza definire la data di inizio e le limitazioni, senza discussione tra i periti e senza distinzione tra le singole capacità lavorative per ciascuna specialità presa in esame “(XXI). In tale ambito va detto che, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag.485). Quindi, contrariamente al \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.8.5), nella perizia privata – oltre all’assenza di una valutazione delle eventuali singole inabilità lavorative – manca una valutazione globale ai sensi della giurisprudenza, motivo per cui alla valutazione complessiva di un’inabilità del 60% non può essere prestata adesione. 2.9. Infine, riguardo alla nuova documentazione medica prodotta dal legale dell’assicurata il 2 maggio 2024, il 21 maggio 2024 e il 17 giugno 2024, va in primo luogo ricordato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell’esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata ( DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445

consid.

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