

# TI\_GERICHTE 32.2023.47 vom 30. März 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-03-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.47](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.47)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.47 du 30 mars 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.47 del 30 marzo 2023

## Regeste

Soppressione mezza rendita vigente dal 1° settembre 2002 a far tempo dal 1° novembre 2021. Perizia bidisciplinare (reumatologica e psichiatrica) confermata. Colcolo economico non contestato. Ricorrente ha continuato a svolgere la propria attività abituale al 50%. Soppressione confermata

## Erwägungen

### E. 2

aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4, STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid.

### E. 2.1

La lite s'iscrive nell'ambito di una procedura di revisione nel senso dell'art. 17 LPGA e concerne il diritto a prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, in particolare se la rendita d'invalidità del 40% concessa ad A. \_\_\_\_\_ dal 1° ottobre 2007 debba, a far tempo dal 2015, essere mantenuta o aumentata al 50%.

### E. 2.2

Avuto riguardo alle censure sollevate nel gravame, contestato è unicamente il reddito da invalida, segnatamente è litigioso se debba essere applicato il salario concretamente conseguito dall'opponente nella sua attività abituale di assistente di cura esercitata al 50% o il reddito teorico tratto dalla TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica (RSS) in un'attività al 75% (intesa come riduzione di rendimento) adeguata e rispettosa delle sue limitazioni funzionali. (...). 6. Dagli accertamenti del Tribunale amministrativo federale emerge, in maniera vincolante per il Tribunale federale (cfr. consid. 1 e consid. 5.2), che l'opponente era impiegata dal 1988 alla Clinica B. \_\_\_\_\_ di Locarno quale assistente di cura, dapprima a tempo pieno, dal 1999 con la nascita della figlia a tempo parziale. Dal 2015, senza il danno alla salute, vi era l'intenzione, incontestata, di una ripresa al 100%. Per tale attività essa percepiva un reddito che non costituiva un salario sociale. La Corte federale di prima istanza, confermando l'operato dell'amministrazione, ha in seguito accertato che durante la procedura di revisione l'opponente era incapace al lavoro al 50% nell'attività abituale di assistente di cura (intesa come riduzione del tempo di lavoro) e al 25% in un'attività leggera e adeguata, rispettosa delle sue limitazioni funzionali (intesa come riduzione di rendimento). In merito all'attività abituale, il Tribunale amministrativo federale ha successivamente constatato che pur essendo confacente allo stato di salute era innegabile che l'attività di assistente di cura non permetteva all'opponente di sfruttare in maniera completa la capacità lavorativa residua, dal momento che secondo gli accertamenti medici essa poteva svolgere un'attività leggera nella misura del 75%. Dai riscontri del Tribunale amministrativo federale emerge pertanto che,

pur restando esigibile l'attività di assistente di cura, è tuttavia in un'attività sostitutiva leggera e rispettosa delle limitazioni funzionali che l'assicurata potrebbe mettere maggiormente a frutto la sua residua capacità lavorativa. Ora, vista questa capacità lavorativa ancora esigibile in attività sostitutive anche da un punto di vista medico, si deve ritenere che, i presupposti giurisprudenziali cumulativi idonei a giustificare il reddito da valido secondo la situazione salariale concreta non sono realizzati e dunque che il reddito da invalida dell'opponente deve essere calcolato sulla base dei dati statistici. (...).” Nella STCA 35.2023.10 del 3 aprile 2023, questa Corte - in un caso riguardante un'assicurata che, nonostante il danno alla salute, continuava a svolgere l'attività abituale (confacente e ragionevolmente esigibile) in misura di sole 10 ore settimanali, ma era abile al 60% in attività adeguate, in particolare leggere e sedentarie) - ha rilevato quanto segue: " 2.9.4. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA osserva innanzitutto di avere già accertato al consid. 2.6 che la ricorrente è in grado di mettere a frutto la propria capacità lavorativa residua (del 60%) in attività adeguate, in particolare leggere e sedentarie. Attualmente la ricorrente svolge l'attività abituale (confacente e ragionevolmente esigibile: cfr. consid. 2.6) in misura di sole 10 ore settimanali. In siffatte circostanze, la censura ricorsuale del patrocinatore all'operato dell'CO 1, per non avere considerato quale reddito "da invalida" quanto effettivamente percepito dalla sua assistita con l'attuale lavoro non può essere condivisa. A questo proposito giova qui infatti ricordare che, secondo la giurisprudenza, una delle condizioni necessarie affinché la perdita di guadagno concreta possa essere considerata perdita di guadagno computabile, è quella che l'interessato eserciti un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve ritenere che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua. Se ciò non è il caso, l'assicurato può essere obbligato a lasciare il suo posto di lavoro o persino a mettere fine alla sua attività indipendente a profitto di un'attività più remunerata o ancora ad accettare un impiego che lo costringa a cambiare domicilio, tutto ciò in virtù del suo obbligo di ridurre il danno risultante dall'invalidità (cfr. STF 8C\_771/2011 del 15 novembre 2012 consid. 3 e i riferimenti ivi menzionati; STCA 35.2019.39 del 21 ottobre 2019, consid. 2.10). Dal momento in cui la ricorrente è in grado di mettere a frutto la propria capacità lavorativa residua (del 60%) in attività adeguate, in particolare leggere e sedentarie (e non solamente in quella abituale; cfr. consid. 2.6), il reddito da invalida è stato correttamente calcolato in base ai dati statistici che tengono in considerazione l'offerta (ed i rispettivi salari) di svariate occupazioni nel mercato del lavoro aperte all'assicurata. Per questo motivo, anche le contestazioni che l'avv. RA 1 ha rivolto all'amministrazione per non avere calcolato il reddito da invalida, sulla base di quanto la sua cliente avrebbe percepito nella sua attività abituale al 100%, devono essere respinte. Stante quanto precede, nella misura in cui l'CO 1 ha determinato il reddito da invalida della ricorrente in applicazione dei dati statistici, il suo operato non presta quindi il fianco a critiche. (...).” Dal momento in cui la ricorrente è in grado di mettere a frutto la propria capacità lavorativa residua (dell'80%) in attività adeguate, rispettose dei limiti funzionali indicati dal perito reumatologo, (e non solamente in quella abituale; cfr. consid. 2.8.5), il reddito da invalida è stato correttamente calcolato in base ai dati statistici che tengono in considerazione l'offerta (ed i rispettivi salari) di svariate occupazioni nel mercato del lavoro aperte all'assicurata. Stante quanto precede, nella misura in cui l'UAI ha determinato il reddito da invalida della ricorrente in applicazione dei dati statistici, il suo operato non presta quindi il fianco a critiche. Dato che l'aspetto economico non è stato contestato dalla rappresentante dell'insorgente, questo Tribunale ritiene - sulla scorta delle considerazioni che precedono - di potere fare proprio il calcolo effettuato dall'amministrazione nella

decisione impugnata e di non aver motivo di verificarlo oltre (in questo senso cfr., tra le tante, la STCA 35.2018.92 del 28 febbraio 2019, consid. 2.8 e la STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.10 e i rinvii ivi citati; STCA 35.2022.81 del 27 marzo 2023, consid. 2.12). Confrontando ora il reddito da invalida di fr. 44'514.90, con il relativo reddito da valida di fr. 67'730, un grado d'invalidità del 34%  $([67'730 - 44'514.90] \times 100 : 67'730 = 34.27\%$  arrotondato al 34% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). La decisione dell'UAI che ha confermato la soppressione, a fronte di un grado di invalidità del 34% - che non raggiunge la soglia pensionabile del 40% e che ha subito una modificazione superiore al 5% (cfr. consid. 2.4: art. 17 cpv. 1 LPGA) - il diritto alla mezza rendita di invalidità dal 1° novembre 2021 va, di conseguenza, confermata. 2.10. Giusta l'art. 69 cpv. 1bis 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 complessivi fr. 500.- vanno poste a carico dell'insorgente.

### **E. 2.3**

e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). 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 in seguito costantemente confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 (cfr. STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.). Vedi pure STCA 32.2018.145 del 21 ottobre 2019, consid. 2.3, STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.3, STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.4, STCA 32.2022.58 del 2 dicembre 2022, consid. 2.4, STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.6 e STCA 32.2023.49 del 23 ottobre 2023, consid. 2.5. 2.6. Per 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 (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Nella DTF 135 V 465, l'Alta Corte ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da

medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del

## **E. 2.5**

con riferimenti; 9C\_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr., pure, STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019 consid. 1.8. e rinvii ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8; STCA 35.2022.44 del 6 marzo 2023, consid. 2.4.7; STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023 consid. 2.12.2). 2.8.4. In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione dei periti amministrativi e quella del medico SMR (cfr. in particolare, il rapporto finale del 18 novembre 2022 a pag. 710-713 incarto AI e le annotazioni del 23 maggio e 5 luglio 2023 di cui ai doc. IV-3 e VIII-1) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6), ad esse va dunque attribuita piena forza probante. In questo contesto giova qui ricordare che l'art. 59 cpv. 2 bis LAI stabilisce peraltro che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV Nr. 56 pag. 174, con riferimenti). 2.8.5. Sulla scorta di quanto appena esposto, richiamato 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, p. 57, 551 e 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche MEYER BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, p. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1, inabile al 50% nell'attività abituale di aiuto medico dal 1° settembre 2002 e continua, ha presentato/presenta una capacità lavorativa dell'90% rispettivamente dell'80% (lavoro durante l'intero arco della giornata ma con possibilità di interporre pause più prolungate)

dal 14 novembre 2020 (data della perizia del dr. med. \_\_\_\_\_) rispettivamente dall'8 novembre 2022 (data della perizia dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) in attività adeguate al suo stato di salute, ovvero in una professione fisicamente leggera, che non richieda particolari sollecitazioni per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), nonché che le permetta di cambiare frequentemente di posizione, da svolgersi in parte seduta ed in parte in piedi). Da ultimo, il TCA segnala di concordare con le convincenti e motivate conclusioni peritali relativamente alla circostanza che l'attuale attività lucrativa quale aiuto medico presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ è "adeguata", ma solo nella misura in cui è stata "adattata" all'insorgente (cfr. il mansionario di "aiuto medico" ufficiale a pag. 738 incarto AI e il mansionario presso l'attuale datrice di lavoro dell'insorgente a pag. 739 incarto AI), ritenuto che usualmente tale attività comprende pure delle mansioni più pesanti e, pertanto, in esse presenta una capacità lavorativa residua del 50% (cfr. pag. 766 e 767 incarto AI).

2.8.6. In questo contesto, giova qui infine ricordare che, secondo la giurisprudenza, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata (cfr. STF 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009 consid. 4.2; cfr. STCA 35.2019.102 del 6 novembre 2019, consid. 2.3). È del resto utile pure ricordare che, secondo la giurisprudenza, trattandosi della scelta delle discipline interessate, i periti godono di un ampio margine d'apprezzamento. Di conseguenza, rientra nel potere discrezionale del perito coinvolgere ulteriori specialisti oppure rinunciarvi (cfr. STF 9C\_753/2015 del 20 aprile 2016 consid. 3.3 e riferimenti ivi menzionati; cfr. STCA 35.2019.102 del 6 novembre 2019, consid. 2.3; per un caso in cui l'assicurato è stato sottoposto unicamente ad una perizia reumatologica e non neurologica; cfr. la STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2017, consid. 2.7.2). In simile circostanze questo TCA non condivide le critiche mosse più volte dalla patrocinatrice dell'insorgente all'operato dell'amministrazione per non avere sottoposto la sua cliente ad una visita peritale da parte di uno specialista FMH in neuro-chirurgia. Tanto più che nel certificato medico del 1° marzo 2023 il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurochirurgia presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha attestato quanto segue: "Ich sehe keinen relevanten neurokompressiven Befund, der eine eindeutige Ausstrahlung ins linke Beine erklären könnte, möglicherweise und in Uebereinstimmung mit dem üblichen Verlauf nach lumbalen Fusionen handelt es sich hier um Ueberlastungssymptome von Segment L3/4, akzentuiert vom Facettengelenk L3/4 links. Ich empfehle einen Versuch mit Chirotherapie, sowie eine Steroideinfiltration L3/4 Facettengelenk links. Des weiteren empfehle ich eine neurologische Beurteilung, um hier die Diagnostik allenfalls zu präzisieren. (...)" (pag. 764 e 765 incarto AI). Del resto, anche il dr. med. \_\_\_\_\_, Capo-clinica della Clinica \_\_\_\_\_, nella lettera dell'8 maggio 2023 ha attestato quanto segue: "(...) Interpreto i dolori lombari sulla base della semiologia, dell'esame clinico nel contesto della nota sindrome lombo-spondilogeno. Sulla base della semiologia, dell'esame clinico ed elettrofisiologico interpreto i dolori alla gamba sin in prima ipotesi come pseudoradicolari di origine muscolo-scheletrica. (...). (...) Ho consigliato alla P. una valutazione e presa a carico da un tuo reumatologo di fiducia. Con lo scopo di trattare la probabile sindrome ansioso-depressiva reattiva ai dolori cronici presenti da 3 anni consiglio una presa a carico da un tuo psichiatra di fiducia. (...)" (doc. E). Del resto, come giustamente osservato anche dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 5 luglio 2023 "(...) Non si tratta di valutare la correttezza di un impianto di osteosintesi di stabilizzazione del rachide o

la necessità di ulteriori passi chirurgici (dove sicuramente le competenze del neurochirurgo sono maggiori) ma di valutare la funzionalità e le limitazioni articolari in essere (e per questo atto nella globalità il reumatologo possiede le competenze adeguate). ” (doc. VIII-1).

2.8.7. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'UAI, segnatamente dagli specialisti dell'amministrazione e dal medico SMR. Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove (in particolare all'esperimento di una perizia giudiziaria, richiesta più volte dalla patrocinatrice dell'assicurata, da ultimo nello scritto del 27 settembre 2023: cfr. doc. XVI, pag. 2 in fine ), ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In tale contesto, va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove ( valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). L'incarto AI è stato versato con la risposta di causa (doc. IV).

2.9. Si tratta ora di valutare se le conseguenze economiche del miglioramento della capacità di guadagno della ricorrente riconducibile al danno alla salute di cui è affetta siano tali da giustificare la soppressione della mezza rendita di invalidità. Nella decisione avversata l'UAI ha quantificato, al momento della soppressione della rendita nel 2021, il reddito da valida in fr. 67'730.00, facendo capo al questionario del datore di lavoro del 31 dicembre 2019 dell'allora datore di lavoro (dr. med. \_\_\_\_\_). L'Istituto resistente ha determinato il reddito da invalida in fr. 44'514.90 basandosi sulla RSS 2020, tabella TA1\_tirage\_skill\_level, ramo economico totale, livello di competenze 1, donne, operando poi una decurtazione del 20% per tenere conto della capacità lavorativa residua dell'insorgente (cfr. doc. 196, pag. 2). La patrocinatrice dell'assicurato non ha contestato il reddito da valida di fr. 67'730.00 e neppure quello da invalida di fr. 44'514.90, quanto piuttosto che la sua assistita presenti una capacità lavorativa residua del 80% (100% presenza con riduzione di rendimento del 20% per la necessità di pause prolungate) in attività adeguata che, tuttavia, come si è visto al consid. 2.8, è stata confermata dal TCA. In ogni caso il TCA osserva che attualmente la ricorrente svolge l'attività abituale di aiuto medico, “adattata” dall'attuale datrice di lavoro e, quindi, confacente al suo stato di salute (cfr. consid. 2.8.5 in fine ) in misura del 50%. A questo proposito giova qui ricordare che, secondo la giurisprudenza, una delle condizioni necessarie affinché la perdita di guadagno concreta possa essere considerata perdita di guadagno computabile, è quella che l'interessato eserciti un'attività ragionevolmente esigibile nella quale si deve ritenere che sfrutti al massimo la sua capacità di lavoro residua . Se ciò non è il caso, l'assicurato può essere obbligato a lasciare il suo posto di lavoro o persino a mettere fine alla sua attività indipendente a profitto di un'attività più remunerata o ancora ad accettare un impiego che lo costringa a cambiare domicilio, tutto ciò in virtù del suo obbligo di ridurre il danno risultante dall'invalidità (cfr. STF 8C\_771/2011 del 15 novembre 2012 consid. 3 e i riferimenti ivi menzionati; STCA 35.2019.39 del 21 ottobre 2019, consid. 2.10). Nella STF 9C\_338/2019 del 2 dicembre 2019 l'Alta Corte - in un caso riguardante un'assicurata abile al 50% nella propria attività abituale (nella quale era rimasta attiva professionalmente

nonostante il danno alla salute) rispettivamente al 75% in attività adeguate - ha, in particolare, osservato quanto segue: " 2.

## **E. 2.7**

2.7.1. Nel caso di specie, con decisione del 20 ottobre 2003, l'UAI ha riconosciuto all'insorgente - a quel tempo attiva al 50% quale " assistente di studio medico " (attività ritenuta adeguata e confacente al suo stato di salute) - mezza rendita di invalidità (grado di invalidità del 50%) dal 1° settembre 2002 (pag. 56, 57, 61 e 62). In seguito, la prestazione è stata confermata, dopo revisioni, nel corso degli anni, con comunicazioni del 30 novembre 2004, del 12 dicembre 2006, del 2 luglio 2012 e del 27 settembre 2018 (cfr. consid. 1.1).

2.7.2. In data 4 novembre 2019 l'UAI ha ricevuto uno scritto anonimo del seguente tenore: " (...) Mi permetto di segnalare alla Vostra attenzione la situazione della signora RI 1, domiciliata a \_\_\_\_\_. Sono a conoscenza che la signora RI 1 percepisce da diversi anni una rendita invalidità pari al 50% a causa di un grave problema alla schiena. In quanto cittadino corretto mi sento in dovere di comunicare le abitudini della signora sopraccitata che, a mio parere, non concordano con il suo problema di salute. Si tratta di una persona molto attiva sotto vari aspetti (sociali, sportivi, familiari,...), proprio per questo motivo è conosciuta nel comune ed è facile incontrarla e notare le attività che svolge, oltre a ciò che lei racconta spontaneamente. Ecco di seguito alcuni esempi: - Frequenza a corsi di fitness e di zumba presso \_\_\_\_\_; esibizioni e convention di zumba; - Uscite a sciare a \_\_\_\_\_; - Escursioni di diverse ore in montagna con sacco in spalla; - Ripetute trasferte in \_\_\_\_\_ in automobile (come autista e come passeggera) anche per un solo fine settimana (andata e ritorno in due giorni); - Viaggi lunghi, intercontinentali più volte all'anno (\_\_\_\_\_), seduta sull'aereo per 8-12 ore; - Uscite in catamarano, voli in elicottero, in parapendio ascensionale; - Gite in motoscafo e in barca a vela sul \_\_\_\_\_; - Trasporto di pacchi di mobili da montare presso \_\_\_\_\_; - Pulizia della propria piscina ad inizio stagione; - ... Questi comportamenti sono a volte oggetto di chiacchiere fra i cittadini che la conoscono, in quanto si ritiene scorretto e non meritato un reddito per invalidità in tali condizioni, nel caso attuale e specifico della signora RI 1. Chiedo quindi cortesemente di voler verificare e sorvegliare la situazione, affinché venga applicato un criterio corretto e aggiornato. (...)" (pag. 815 incarto AI). Nell'ambito della revisione d'ufficio avviata nel mese di dicembre 2019 (pag. 209, 211-216 incarto AI), l'amministrazione ha quindi acquisito agli atti il verbale del colloquio del 24 settembre 2020 (pag. 820-823 incarto AI), dal quale si evince, tra l'altro, quanto segue: " (...) D5: Contribuisce personalmente al mantenimento della condizione fisica tramite esercizi specifici e/o attività sportive o di svago all'aria aperta nelle diverse stagioni, in casa, in palestra o altrove? Se del caso, di che cosa si tratta e con quale frequenza vi si dedica? R5: Sì, faccio gli esercizi a casa (tappeto, ciclette). Mi sono iscritta in palestra ma non sono potuta andare per via del Covid-19. Quando volevo riprendere, mi è venuta l'asma da sforzo e ho dovuto rinunciare. Faccio delle passeggiate nel bosco, faccio ciclette a casa (massimo 40 minuti). Ho l'intenzione di riprendere la palestra a breve. Ho fatto zumba un paio di anni fa, con movimenti limitati ma ora ho smesso. D6: Come trascorre il tempo libero giornaliero prima e dopo la mezza giornata lavorativa? R6: a casa faccio le faccende domestiche. Leggo, faccio passeggiate. Accompagno i miei figli nelle loro attività ricreative. In un secondo tempo, aggiungo che per i lavori domestici più pesanti (es. spostare mobili) mi faccio aiutare da miei figli. Anche la spesa, per le cose pesanti, mi faccio aiutare dai miei figli o dal mio compagno. D7: Ci descriva la sua giornata tipo durante i giorni lavorativi e durante i fine settimana R7: mi alzo alle 6.00-6.15, preparo la

colazione per la famiglia. Vado a lavoro alle 7.30 circa con l'auto. Lavoro fino alle 12. Il pomeriggio faccio le spese e mi occupo delle faccende di casa. Accompagno i miei figli nelle loro attività. Dopo la cena, guardo un po' di TV. Nei fine settimane dipende dal programma dei miei figli. Accompagno uno dei miei figli a calcio. Trascorro a volte il week-end nella casetta di montagna. D8: Fino a prima della diffusione del Covid-19 effettuava viaggi? Con quale frequenza? Dov'era solita viaggiare? Con quali mezzi si spostava? R8: sì mi piace viaggiare. Fare un volo è penoso per ma alterno la postura. È una passione di famiglia, con i figli e il compagno. Siamo andati a \_\_\_\_\_ durante le vacanze estive. D9: La diffusione del Covid-19 ha portato cambiamenti importanti nella sua vita di tutti i giorni o nel modo in cui era solita trascorrere il tempo libero e le vacanze? Se del caso, che cosa è cambiato? R9: A parte le vacanze, il Covid-19 non ha portato altri cambiamenti. Non rinuncio ai viaggi perché per me sono importanti, anche se la pago dopo per 2-3 giorni. (...). Nel dicembre 2019 all'ufficio AI è stata recapitata una segnalazione anonima che mi viene mostrata seduta stante. D16: Mi viene chiesto se e quanto ci sia di vero rispetto alle attività indicate sullo scritto. R16: l'iscrizione in palestra non è stata fatta a novembre 2019, ma a marzo 2020. Ho accompagnato i miei figli a sciare e ogni tanto faccio le piste più semplici e in modo tranquillo. Ho fatto il giro in elicottero, era un regalo di fine scuole per i miei figli. Sono andato in \_\_\_\_\_ l'anno scorso una volta per un matrimonio, ma ero dietro seduta quasi sdraiata. Sono 4 anni che non pulisco più la piscina. Ho fatto alcune escursioni in montagna, ma non ho portato sacchi pesanti. Non ho portato sicuramente pacchi pesanti. Quando faccio queste attività dopo la pago per 2 giorni. Cerco di stringere i denti per i miei figli. Sono andata in parapendio per accompagnare mio figlio, ma era una cosa tranquilla. (...)" 2.7.3. A fronte di tali risultanze, l'UAI ha fatto allestire una perizia reumatologica dal dr. med. \_\_\_\_\_ che è stata redatta il 14 novembre 2020 (pag. 261-284 incarto AI). Nel referto, il perito reumatologo, dopo avere descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologia e sistemica, le affezioni attuali e le constatazioni obiettive, ha posto le seguenti diagnosi: " (...)

## **E. 2.8**

e STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.6). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È inoltre utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). Va infine 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2019.127 del 25 maggio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2019.189 del 6 luglio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.5). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352; cfr. STCA 32.2018.57 del 18 marzo 2019, consid. 2.5; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.4 in fine e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.4, STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.7 e STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.4; e STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.7).

## **E. 6**

### **Diagnosi**

#### **E. 6.1**

Diagnosi reumatologiche con conseguenze sulla capacità lavorativa Sindrome panvertebrale con componente cervicospindilogeno bilaterale cronica intermittente e lombospindilogeno

cronica bilaterale prevalentemente a sinistra, in Esiti da laminectomia L5, spinotomia L4/L5, artrotomia L5/S1 ed L4/L5 bilaterale, recessotomia L5/S1 e L4/L5 bilaterale, foraminotomia SI ed L5 bilaterale, PLIF L5/S1, L4/L5 con gabbia in materiale sintetico e fissazione posteriore (Stryker) da L4 a SI bilaterale, in discopatia degenerativa L4/L5 ed L5/S1 con spondilolisi e spondilolistesi instabile L5/S1 grado III, il 14.9.2001

## **E. 6.2**

Diagnosi reumatologiche senza conseguenze sulla capacità lavorativa Disturbi statici della colonna vertebrale (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, iperlordosi lombare, minima scoliosi sinistroconvessa lombare) Decondizionamento e sbilancio muscolare Esiti da frattura del metatarso V a destra e da frattura da fatica incompleta alla base del I metatarso a destra, trattate conservativamente, con reazione algodistrofica anamnestica, il 20.11.2016". Il perito reumatologo ha messo in evidenza quanto segue: " 7.4 Valutazione di capacità, risorse e problemi L'assicurata presenta le capacità, risorse e problemi seguenti: ella può spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta sollevare pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai sollevare pesi oltrepassanti 10 kg fino all'altezza dei fianchi; rassicurata può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurata può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurata può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurata può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno ed in qualsiasi istante. L'assicurata può molto spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli. (...).

## **E. 8**

Elenco dei quesiti peritali e relative risposte Capacità lavorativa nell'attività svolta fino a quel momento L'assicurata è di professione aiuto medico; stando al questionario per il datore di lavoro redatto il 19.12.2019. durante l'attività doveva sovente camminare, stare seduta, in piedi, sovente salire e/o scendere scale, sovente chinarsi sul paziente, sovente girare il torace, talvolta doveva sollevare o portare pesi leggeri da 0-10 kg, raramente pesi tra 10-25 kg, raramente carichi oltre il 25 kg; mettendo a confronto le risorse fisiche attualmente presenti, sopraprofilate, rimaste quasi identiche a quelle stabilite al momento della precedente valutazione peritale del 15.1.2006, si evince che l'attuale attività lavorativa sia per i movimenti svolti, le posizioni corporee assunte, sia per i carichi sollevati e trasportati, corrisponde soltanto parzialmente ad un lavoro adatto allo stato di salute, per cui permane giustificata l'inabilità lavorativa del 50 % finora ritenuta, certificata anche dal perito reumatologo precedente, il 15.1.2006. Capacità lavorativa in un'attività adeguata In un lavoro adatto allo stato di salute, tenente dunque pienamente conto dei limiti funzionali e di carico sopraprofilati, delle attività extralavorative praticate durante gli ultimi anni, segnalate agli atti, giudico ora l'assicurata, a differenza da quanto ritenuto al momento della precedente valutazione peritale reumatologica del 15.1.2006, abile al lavoro sull'arco di una

giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 10 %, a partire dall'inizio del 2020, basandomi su quanto protocollato il 24.9.2020 dall'ufficio dell'assicurazione invalidità.” Il perito reumatologo ha concluso come segue: " (...) Domande complementari inerenti al caso specifico Domande dell'ufficio AI inerenti al caso specifico: Revisione: Rispetto alla situazione documentata negli atti alla base della summenzionata decisione determinante, si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti? I reperti e le diagnosi non sono sostanzialmente mutati, ma da quanto emerso da un verbale di colloquio tra rassicurata e l'ufficio dell'assicurazione invalidità il 24.9.2020, l'assicurata, durante il lasso di tempo extralavorativo, dimostra un aumento del rendimento nel contesto delle sue risorse fisiche a decorrere, al più tardi, dall'inizio 2020. Quando è presumibilmente subentrato il cambiamento? Dall'inizio dell'anno 2020. 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? Tenendo conto delle risorse fisiche sopraprofilate, presenti nell'assicurata, della descrizione recente del suo posto di lavoro fornita il 19.12.2019, la capacità lavorativa nell'attività di assistente medico finora svolta, rimane sovrapponibile a quella decretata al momento della valutazione peritale antecedente presso il Dr. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ del 15.1.2006, mentre per un'attività lavorativa adatta allo stato di salute dell'assicurata, pienamente rispettante i limiti funzionali e di carico sopraprofilati, va considerata abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 10 %, a partire, al più tardi, dall'inizio dell'anno 2020.” La valutazione peritale è stata confermata in data 26 novembre 2020, mediante rapporto finale, dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 292-296 incarto AI). Al termine della revisione d'ufficio, alla luce del miglioramento dello stato di salute dell'assicurata risalente al 1° gennaio 2020, secondo quanto attestato dal dr. med. \_\_\_\_\_ nella citata perizia e confermato dal medico SMR nel citato rapporto, con decisione del 1° settembre 2021 (pag. 388-393 incarto AI), ha soppresso la citata mezza rendita con effetto al 1° novembre 2021 (pag. 56, 57, 61 e 62 incarto AI). Con decreto 32.2021.109 del 24 gennaio 2022, questo Tribunale ha stralciato dai ruoli l'impugnativa inoltrata da RI 1 contro la predetta decisione, per avvenuta transazione, consistente nell'annullamento della decisione, nel rinvio degli atti all'amministrazione al fine di espletare i necessari accertamenti medici e per l'emissione di una nuova decisione. 2.7.4. In seguito, l'UAI ha fatto allestire una perizia bi-disciplinare, reumatologica dal dr. med. \_\_\_\_\_ e psichiatrica dal dr. med. \_\_\_\_\_, che è stata redatta l'8 novembre 2022 (pag. 637-708 incarto AI). Nel referto, i periti, dopo avere descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologia e sistemica, le affezioni attuali e le constatazioni obiettive, hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 4.2. (...) Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: Sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica su: -Stato dopo stabilizzazione posteriore, decompressione e fusione intersomatica tra L4-L5 ed L5-S1 nel 2001 per lisi istmica e conseguente anterolistesi di grado II-III secondo Meyerding a livello L5-S1. -Tendenza alla cronicizzazione dei dolori con conseguente sviluppo fibromialgico. Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa: -Disturbo dell'adattamento reazione mista ansioso depressiva (F43.22)” I periti hanno messo in evidenza le seguenti “ ripercussioni funzionali dei reperti/delle diagnosi ”: " Sul piano reumatologico : Sotto l'aspetto puramente ortopedico-reumatologico non ho rilevato delle nuove patologie tali da modificare la valutazione reumatologica espressa dal collega Dr. \_\_\_\_\_ in occasione della sua

perizia reumatologica eseguita nel novembre 2020. Posso confermare una limitazione del 50% nello svolgimento della sua professione di assistente di studio medico, in considerazione delle sollecitazioni richieste in questa attività che non sono ormai più da ritenere esigibili in misura definitiva. Per lo svolgimento di una professione fisicamente leggera, che non richieda particolari sollecitazioni per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), nonché che le permetta di cambiare frequentemente di posizione, da svolgersi in parte seduta ed in parte in piedi), ritengo che l'assicurata presenti una residua capacità lavorativa dell'80%. Il 20% di incapacità lavorativa è a mio parere giustificato dalla presenza di una sindrome del dolore cronico di carattere fibromialgico e non tanto da un reale peggioramento delle sue oggettive condizioni di salute rispetto a quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_ che l'aveva considerata solo 10% inabile al lavoro per un'attività adeguata. Come ho già riferito l'assicurata ha sviluppato nel corso degli ultimi mesi una diffusa dolenzia di carattere fibromialgico verosimilmente associata ad uno sviluppo ansioso-depressivo per il quale viene regolarmente seguita in ambito psichiatrico. Questa patologia giustifica a mio parere un leggero peggioramento del suo generale stato psico-fisico ed un lieve aumento dell'incapacità lavorativa anche per lo svolgimento di attività fisicamente leggere, rispetto a quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_. Questa limitazione della sua capacità lavorativa è da ritenere valida dal momento della mia attuale visita. Si tratta evidentemente di una valutazione medico-teorica. La signora RI 1 lavora già da molti anni quale assistente di studio medico e non ha nessuna intenzione di cambiare la sua professione, che svolge con dedizione. In tale professione, come d'altronde già più volte sottolineato sia dai curanti che dal Dr. \_\_\_\_\_, l'assicurata è abile al lavoro solo nella misura del 50% in maniera definitiva. Sul piano psichiatrico: L'assicurata ha lavorato per ben 23 anni presso lo stesso studio medico con reciproca soddisfazione benché dal 2002, dopo un'assenza prolungata conseguente ad un intervento chirurgico alla colonna lombare, fosse a beneficio di una mezza rendita di invalidità. Questo le ha permesso di conciliare lavoro (pochissime assenze se non - per un infortunio tra il 2016 e il 2017) e la vita familiare, tanto che ha avuto due figli nel 2005 e nel 2007 che, dal 2009, ha gestito per lo più da sola con il supporto dei genitori a causa della chiusura del rapporto matrimoniale. Ha anche continuato ad avere e coltivare interessi, a mantenere un'attività fisica consigliata per migliorare il tono muscolare e correggere la postura anche se, a suo avviso già prima del progetto di decisione AI del giugno 2021, aveva deciso di cambiare il datore di lavoro per ridurre il carico a parità di pensum, trovando impiego presso la Dr.ssa \_\_\_\_\_, che conosceva già, e dove si è ambientata bene. Il fatto che in un periodo in cui la sintomatologia disadattativa era già iniziata si sia riuscita ad integrare bene nel nuovo posto di lavoro, dove ha iniziato ad agosto 2021 e non abbia poi fatto assenze depone per il fatto che il pensum e il rendimento non siano stati ulteriormente ridotti dalla presenza di una sindrome da disadattamento che, sia per intensità che per qualità sintomatologica, non inficia significativamente la sua capacità lavorativa. Peraltro, anche nel rapporto dell'\_\_\_\_\_ dell'aprile 2022, a 5 mesi dalla presa in carico, il disturbo viene considerato dai curanti senza influsso sulla CL." I periti hanno anche rilevato che: "(...) Sicuramente la soppressione della rendita AI ha rappresentato un fattore di stress in grado di dare avvio ad una sindrome da disadattamento mentre in precedenza la delusione per la lettera anonima recapitata all'UAI a suo avviso da una ex amica, l'aveva certamente turbata ma l'esordio del disadattato dipende dalle conseguenze della stessa e cioè dal progetto di soppressione che ritiene ingiusto. (...). (...). Sul piano reumatologico: Il quadro clinico

attualmente presentato dall'assicurata sembrerebbe parlare per uno sviluppo fibromialgico, che evidentemente non può venire unicamente spiegato dalla presenza del descritto leggero versamento all'altezza delle faccette articolari L3-L4. L'intervento eseguito già molti anni fa a livello L4-S1 sembra aver dato un buon risultato, non vi è più stato un significativo scivolamento delle vertebre, non vi sono segni per uno scollamento o per lo sviluppo di una pseudo-artrosi. Sul piano psichiatrico: Il quadro clinico è di consistenza limitata, appare coerente con la diagnosi posta dall'\_\_\_\_\_ e che mi sembra del tutto confermabile. Non vi sono limitazioni funzionali plausibili al mini-ICF. (...). I periti hanno concluso che: " (...) 4.7 Capacità lavorativa nell'attività svolta finora La signora RI 1 presenta per la sua professione di assistente di studio medico una residua capacità lavorativa del 50%, valutazione che è da ritenere definitiva. 4.8 Capacità lavorativa in un'attività adeguata Per lo svolgimento di una professione fisicamente leggera, rispettosa delle limitazioni sopra precisate, l'assicurata presenta una residua capacità lavorativa dell'80% (lavoro durante l'intero arco della giornata ma con la possibilità di interporre pause più prolungate). Questa lieve limitazione della capacità lavorativa è valida dal momento dell'attuale visita peritale. In qualità di casalinga l'assicurata presenta pure una limitazione della capacità lavorativa di non oltre il 20%, riuscendo a meglio gestire le varie attività lavorative durante l'intero arco della giornata. 4.9 Motivazione della capacità e dell'incapacità lavorative complessive (le incapacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto) Dal momento che la sindrome da disadattamento non ha influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata, le uniche diagnosi con influsso sulla CL sono quelle reumatologiche. (...). 4.10 Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa L'assicurata ha sempre svolto con regolarità dei trattamenti fisioterapici di vario genere per cercare di mantenere una buona tonicità della muscolatura del tronco e così ben stabilizzare la colonna. È necessario che continui a svolgere un'attività di movimento per permettere non solo un allenamento della muscolatura paravertebrale ma anche della muscolatura delle estremità, migliorando così la vascolarizzazione dei tessuti, terapia che potrà avere un buon risultato per i dolori fibromialgici da lei attualmente lamentati. Il trattamento psicologico appare in linea con l'entità del quadro e consiste in un supporto per affrontare lo stressor che ha determinato e mantiene il disadattamento, oltre ad una terapia con fitoterapici e bassissime dosi di benzodiazepine per gestire il disturbo del sonno. Non è stata evidentemente ritenuta necessaria una visita psichiatrica all'\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e anche questo depone per un quadro di consistenza lieve e di impatto sulla qualità della vita ma non sul funzionamento sia domestico che lavorativo dell'assicurata. 4.11 Rispetto alla situazione documentata negli atti ed alla base della summenzionata decisione determinante si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti? Non vi sono stati sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico dei significativi cambiamenti tali da poter modificare in modo sostanziale la valutazione della sua capacità lavorativa. Vi è comunque da sottolineare lo sviluppo di una sindrome fibromialgica, precedentemente non descritta e verosimilmente da imputare allo sviluppo di una sindrome ansioso-depressiva reattiva. La presenza di una sindrome del dolore cronico giustifica un leggero aumento dell'incapacità lavorativa per lo svolgimento di una professione fisicamente leggera rispetto a quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_, che passa dal 10% al 20%. Questa rivalutazione della sua capacità lavorativa è valida dal momento dell'attuale visita peritale. 5. Informazioni sull'elaborazione della valutazione consensuale con firma La discussione è avvenuta in data 08.11.2022 (dalle ore 8.00 alle ore 8.15). (...)"'. Mediante rapporto finale del 18 novembre

2022 (pag. 710-713 incarto AI) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha confermato anche la citata valutazione peritale, fissando in attività abituale una incapacità lavorativa del 50% in attività abituale “ come da rendita attuale ” rispettivamente in attività adeguata una incapacità lavorativa del 50% in attività abituale “ come da rendita attuale ”, del 10% dal 14 novembre 2020 (data della perizia del dr. med. \_\_\_\_\_) e del 20% dall’8 novembre 2022 (data della perizia dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_). 2.7.5. Davanti all’amministrazione la ricorrente ha prodotto il mansionario di “aiuto medico” ufficiale (pag. 738 incarto AI), il mansionario presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in dermatologia e venereologia nonché attuale datrice di lavoro dell’insorgente (pag. 739 incarto AI) oltre a ulteriore documentazione medica, e più precisamente il referto di una MR al rachide lombare nativo eseguita il 31 gennaio 2023 (pag. 740 incarto AI), il certificato del 3 febbraio 2023 del medico di famiglia (dr. med. \_\_\_\_\_; pag. 741 incarto AI), il certificato medico del 13 febbraio 2023 della terapeuta del dolore (dr.ssa med. \_\_\_\_\_, pag. 742 incarto AI), il certificato del 13 febbraio 2023 del terapeuta complementare di massaggio classico (\_\_\_\_\_, pag. 743 incarto AI), il certificato medico del

### **E. 13**

febbraio 2023 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, (pag. 744 incarto AI), il certificato medico del 14 febbraio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia (pag. 745 incarto AI), il certificato medico del 14 febbraio 2023 del \_\_\_\_\_ (di seguito: \_\_\_\_\_) di \_\_\_\_\_ (pag. 747 incarto AI), il certificato medico del 3 novembre 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in oftalmologia (pag. 748 incarto AI), il certificato medico del 3 novembre 2022 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (pag. 749 incarto AI) e il certificato medico del 1° marzo 2023 del Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (pag. 764 e 765 incarto AI). In particolare, il referto della MR al rachide lombare nativo eseguita il 31 gennaio 2023 ha messo in evidenza quanto segue: " In un contesto di artefatti ferromagnetici che limitano la visualizzazione dei forami di coniugazione si delinea una riduzione dei forami di coniugazione L5-S1, senza possibilità di valutare le radici nervose ivi contenute, reperto da integrare con esame TC ed eventuale consulenza specialistica. In particolare, si segnala la possibilità di un disallineamento dei muri posteriori in L5-S1” (pag. 740 incarto AI). Nel certificato del 3 febbraio 2023, il medico di famiglia (dr. med. \_\_\_\_\_) ha attestato quanto segue: " (...) Con la presente certifico, che la paziente sopracitata presenta negli ultimi mesi un evidente peggioramento continuo dei dolori a livello lombare, irradianti all'arto inferiore sinistro, i dolori sono presenti anche la notte e causano dei risvegli (circa 3-4 risvegli a notte). Sulla base del peggioramento sopracitato, la signora RI 1 non può svolgere alcun altro lavoro in misura maggiore del 50%. La professione attuale come aiuto di studio medico le permette di cambiare più volte posizione, non potendo stare seduta consecutivamente per più di 45-60 minuti e in piedi per più di 30 minuti. La sintomatologia descritta sopra, e il relativo peggioramento, scarsamente influenzato dalle misure mediche fin qui adottate, causano alla paziente uno stato ansioso, che necessita una presa a carico psicologica. È stata eseguita una rivalutazione tramite risonanza magnetica, sulla cui base ho previsto una valutazione specialistica presso lo studio del Prof. \_\_\_\_\_, FMH Neurochirurgia, presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. (...)” (pag. 741 incarto AI). Nel certificato medico del 13 febbraio 2023 la terapeuta del dolore (dr.ssa med. \_\_\_\_\_) ha attestato quanto segue: " (...) Vedo la paziente dal 23.3.21 nel mio studio. Dopo un'iniziale miglioramento in seguito a un'infiltrazione mirata 1/21, delle sedute di agopuntura e un'ulteriore infiltrazione non

mirata 9/21, la situazione della Signora RI 1 si è peggiorato in modo continuo. Già nel controllo della Risonanza Magnetica del 3.11.21 si notifica un versamento su verosimilmente base flogistica delle faccette articolari L3-L4 bilateralmente, il quale nella Risonanza di un anno fa non veniva descritto. Nella risonanza del 31.1.23 invece viene anche descritto il sospetto di un disallieamento dei muri posteriori in L5-S1 e la riduzione dei forami di coniugazione in queste vertebre. Oltre ai disturbi somatici già menzionati nei miei certificati del settembre e novembre 2021, la situazione attuale in generale si è peggiorata di nuovo per diversi motivi i quali non permettono di lavorare più del 50 %. La suddetta incapacità lavorativa ormai è collegata anche a una grave patologia psicologica. La Signora RI 1 si trova in uno stato ansioso depressivo che richiedeva sia la prescrizione di diversi sonniferi sia di un antidepressivo. Quindi vedo con urgenza la necessità di continuare il sostegno psicologico. Inoltre intendo ancora questo mese di ricominciare con infiltrazioni e agopuntura siccome la posologia di altri medicinali. Come specialista in terapia del dolore cronico, mi permetto di constatare, che questo non è il momento adatto di ricominciare di lavorare oltre 50% o di cambiare tipo di lavoro dopo 20 anni di tempo lavorativo ridotto come aiuto medico. (...)" (pag. 742 incarto AI). Nel certificato del 13 febbraio 2023 il terapeuta complementare \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: "(...) La Signora RI 1 si è sottoposta a 9 sedute di terapia complementare di massaggio classico nel periodo compreso tra il 19.06.22 al 20.01.23. (...). Alla prima seduta potevo osservare anche una rigidità muscolare a livello del piede dx ed una tendenza di natura antalgica a distribuire il peso in statica in maniera asimmetrica. Il trattamento si è rivolto, attraverso la tecnica del massaggio classico, alla risoluzione delle tensioni muscolari a livello della muscolatura del piede dx. ed alla muscolatura lombo-sacrale e dorsale. I sintomi, mi viene riferito dalla paziente, diminuiscono in maniera significativa nei giorni immediatamente successivi alla seduta per poi riacutizzarsi rimanendo sempre presenti soprattutto con la posizione statica che la paziente mantiene durante la sua attività. (...)" (pag. 743 incarto AI). Nel certificato medico del 13 febbraio 2023 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: "(...) la summenzionata paziente, mia dipendente, per i suoi continui dolori alla colonna lombare vertebrale deve continuamente cambiare posizione, da seduta a eretta, deve camminare, non alza nessun tipo di peso... Questa è la professione ideale per lei che le permette di cambiare continuamente posizione, e non fare sforzi. È impensabile che RI 1 possa svolgere un'altra professione. (...)" (pag. 744 incarto AI) Nel certificato medico del 14 febbraio 2023 il reumatologo \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: "(...) Certifico che la paziente summenzionata presenta la diagnosi come segue: Lombalgia su/con: - stato dopo stabilizzazione posteriore, decompressione e fusione intersomatica L4-L5-S1 per lisi istmica con anterolistesi grado II L4-L5 e L5-S1 (2001). Presenta dolori cronici continui a livello lombare soprattutto sotto carico ed anche a riposo con limitazione della funzionalità. E giudico un rendimento massimo del 50% nel suo attuale lavoro che è un lavoro confacente al suo stato di salute. Questo lavoro può consentire di eseguire la maggiore parte delle mansioni in posizione assisa, con alternanza della postura, lasciando il sollevamento di carichi ed evitando l'ante-flessione e la rotazione del tronco. Pochi tender point presenti (fibromialgia) sono secondari alla diagnosi principale. Da sottolineare che signora RI 1 è inabile al 50% per qualsiasi altro lavoro adatto al suo stato di salute. (...)" (pag. 745 incarto AI). Nel certificato medico del 14 febbraio 2023 del \_\_\_\_\_ è attestato quanto segue: "(...) è seguita (...) con dei colloqui di sostegno psicologici dal 12 novembre 2021 nell'ambito di un disturbo dell'adattamento (ICD10 F43.2) reattivo alla problematica della salute. In data 19 gennaio la signora telefona dicendo della decisione negativa

dell'Assicurazione Invalidità. La signora appare nuovamente destabilizzata da questa notizia. Non è possibile esprimersi sull'evoluzione delle condizioni psichiche. Lamenta un incremento delle reazioni psichiche nello specifico aumento della quota d'ansia e dei problemi di insonnia. I dolori fisici permangono e sarà sottoposta ad ulteriori accertamenti. (...)” (pag. 747 incarto AI). Nel certificato medico del 3 novembre 2022, l'oftalmologo ha attestato una verosimile aura senza emicrania, con primo episodio nel 2022, senza ritenere indicato procedere ad ulteriori accertamenti (pag. 748 incarto AI). Nel certificato medico del 3 novembre 2022 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha attestato che “ continui disturbi a livello cutaneo (prurito generalizzato) della summenzionata paziente, sulla base d' vari accertamenti di laboratorio (eseguiti in più date), che non dimostrano valori alterati è riconducibile allo stato psicosomatico del quale soffre la paziente ” (pag. 749 incarto AI). Nel certificato medico del 1° marzo 2023 il Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurochirurgia presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ha attestato quanto segue: " Diagnosen - Epifusionelle Diskopathie L3/4; - St. n. PLIF L4 bis S1 2001 mit einwandfreier Fusion Nebendiagnosen Belastungsasthma Zustand nach SVT. (...) In der Bildgebung zeigt eine einwandfreie Fusion L4 bis S1 mit korrekt Implantaten (2/21 CT), im MRI vom 31.01.2023 zeigt sich im vergleich zum MRI von 2018 eine zunehmende Dehydrierung der Bandscheibe L3/4. Ich sehe keinen relevanten neurokompressiven Befund, der eine eindeutige Ausstrahlung ins linke Beine erklären könnte, möglicherweise und in Uebereinstimmung mit dem üblichen Verlauf nach lumbalen Fusionen handelt es sich hier um Ueberlastungssymptome von Segment L3/4, akzentuiert vom Facettengelenk L3/4 links. Ich empfehle einen Versuch mit Chirotherapie, sowie eine Steroideinfiltration L3/4 Facettengelenk links. Des weiteren empfehle ich eine neurologische Beurteilung, um hier die Diagnostik allenfalls zu präzisieren. (...)” (pag. 764 e 765 incarto AI; n.d.r.: il corsivo è della redattrice). 2.7.6. Chiamati ad esprimersi in merito, i periti, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno confermato la loro valutazione. In particolare, il perito reumatologo ha precisato quanto segue: " (...) Per quanto concerne invece il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ del 03.02.2023, egli non porta delle nuove informazioni. Viene citato il referto dell'ultima MRI della colonna lombare ripetuta il 31.01.2023. Come è ben possibile leggere dal rapporto radiologico del dr. \_\_\_\_\_, gli artefatti ferromagnetici limitano notevolmente la visualizzazione dei forami di coniugazione. Viene descritto un disallineamento dei muri posteriori di L5-S1 che veniva già ben documentato sulle radiografie della colonna lombare eseguite il 25.11.2020 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Un lieve restringimento dei forami di coniugazione L5-S1 non veniva effettivamente evidenziato sugli esami di MR) eseguiti nel novembre 2020 e nel novembre 2021. Non ho avuto occasione di visionare e soprattutto di paragonare i vari esami. Ritengo comunque che si tratti principalmente di una differente valutazione dei radiologi che hanno visionato gli esami. L'assicurata non presenta d'altronde alcun segno clinico per una radicolopatia o per un'irritazione radicolare. Per quanto concerne il certificato redatto il 13.02.2023 dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, bisogna anche in questo caso sottolineare l'assenza di nuovi elementi clinici oggettivi che giustificano una rivalutazione della decisione peritale. Anche in questo rapporto si parla della discopatia L5-S1 e del possibile restringimento dei forami a questo livello. Viene inoltre sottolineato un generale peggioramento dello stato psico-fisico dell'assicurata. Il rapporto redatto il 14.02.2023 dal dr. \_\_\_\_\_ conferma pure le diagnosi già note e menzionate nella perizia reumatologica. Egli conferma un rendimento massimo del 50% nel suo attuale lavoro quale assistente di studio medico, ciò che corrisponde pure alle conclusioni peritali. Il rapporto redatto l' 1.03.2023 dal prof.

\_\_\_\_\_ conferma una probabile sindrome da sovraccarico del segmento L3-L4, come già documentata, con una possibile infiammazione della faccetta articolare L3-L4 a sx. Nessun segno radiologico e clinico per una compressione radicolare. Egli consiglia perciò delle terapie manuali nonché un'evtl. infiltrazione della faccetta articolare L3-L4 a sx. Anche questo rapporto non rileva patologie che non siano già state ampiamente documentate e menzionate nella perizia reumatologica. In conclusione, non mi sembra di avere rilevato nei citati atti medici un reale peggioramento oggettivo dello stato reumatologico della signora RI 1. Concordo comunque con l'analisi dell'Avv. \_\_\_\_\_ che il lavoro attualmente svolto dall'assicurata, con le limitazioni dovute ai suoi problemi di salute, è da considerare idoneo al suo stato di salute. Ritengo però che la descritta patologia reumatologica possa solo parzialmente spiegare il 50% d'incapacità lavorativa per l'attività svolta. L'assicurata presenta una ridotta sollecitabilità con maggiore affaticamento dovuto maggiormente alle problematiche bio-psico-sociali." (pag. 768 e 769 incarto AI). Il perito psichiatra ha precisato quanto segue: " (...) Per quanto riguarda invece la parte psichiatrica nel certificato del Servizio Psicosociale di \_\_\_\_\_ viene riportato un peggioramento riferito dall'assicurata e non oggettivato stando allo scritto, peggioramento che è del tutto in linea con la reazione alla decisione AI che era alta base dello sviluppo della sindrome da disadattamento, il quale tuttavia non aveva ripercussione sulla CL non comportando significative limitazioni aggiuntive rispetto a quelle somatiche determinate dal Dr. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Ribadisco che non siamo comunque di fronte ad un quadro diagnosticabile come disturbo da sintomi somatici. (...). Sentito telefonicamente dal sottoscritto il Dr. \_\_\_\_\_ conferma di aver visionato il mansionario inviato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ e ribadisce che l'attività attualmente svolta, proprio perché adattata, è adeguata mentre nel suo scritto, parlando di attività abituale, faceva riferimento ad un mansionario di studio medico nel quale come egli stesso riporta, non di rado un assistente di studio deve " svolgere mansioni fisicamente più pesanti " nel quale conferma una CL dell'assicurata del 50%. (...)" (pag. 766 e 767 incarto AI). Con decisione del 30 marzo 2023, l'UAI ha confermato la soppressione della mezza rendita di invalidità (pag. 774-782 incarto AI). 2.7.7. Davanti al TCA la ricorrente ha prodotto il certificato del 20 aprile 2023 del PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in Neurochirurgia e Chirurgia della colonna vertebrale della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. C), il certificato del 2 maggio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna nonché medico di famiglia della ricorrente (doc. D), la lettera ambulatoriale dell'8 maggio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, Capoclinica della Clinica di Neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. E) e il certificato dell'8 maggio 2023 della dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH in anestesia e terapista del dolore (doc. F). In particolare nel certificato del 20 aprile 2023 il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) " (...) Diagnosi Stato dopo intervento di correzione di spondiloptosi tramite artrodesi strumentata L4-S1 (2001, Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_). Storia clinica (...). Esami complementari Gli esami radiologici eseguiti in particolare la recente risonanza magnetica conferma la presenza di una iniziale degenerazione discale sul livello L3-L4, adiacente alla zona della pregressa fusione. A questo livello vi è una stenosi del canale centrale, di grado lieve. Sottolineo il fatto che l'intervento praticato vent'anni fa ha permesso di correggere la spondiloartrosi, ma purtroppo ha determinato un'importante perdita della lordosi segmentaria sui livelli L4 S1 che è ben visibile sulle radiografie eseguite negli anni e anche sull'ultima TC. Procedere La paziente presenta una ipolordosi lombare, dopo intervento di fusione L4-S1. Allo stato attuale, vi è un rischio significativo di una degenerazione discale del segmento L3-L4 negli

anni futuri. Al momento questa degenerazione è minima, ma è chiaro che la paziente potrà svolgere attività fisiche in modo molto limitato, dovrà essere sottoposta a carichi di lavoro molto leggeri, mantenendo una percentuale lavorativa del 50%, per evitare che questa degenerazione progredisca, rendendo quindi necessario un nuovo intervento chirurgico. Per ciò che riguarda il dolore all'arto inferiore di sinistra, questo potrebbe essere di natura neuropatica, ma a mio avviso ulteriori accertamenti in ambito neurologico e in particolare una ENMG si renderanno necessari per meglio chiarire la causa esatta. Sul profilo neurochirurgico, la paziente dovrà essere rivista presso i nostri ambulatori tra un anno, con una nuova RMN. (...)" (doc. C). Nel certificato del 2 maggio 2023, il medico di famiglia (dr. med. \_\_\_\_\_) ha attestato quanto segue: " (...) la paziente sopracitata è stata recentemente valutata da parte del PD Dr. \_\_\_\_\_, FMH Neurochirurgia ed ha effettuato una rivalutazione radiologica della situazione a livello lombare, da cui è emersa una chiara spiegazione del peggioramento dei sintomi segnalato dalla paziente negli ultimi mesi. In particolare viene segnalata una degenerazione discale sul livello L3-L4, adiacente alla zona della pregressa fusione. A questo livello vi è una stenosi del canale centrale. Appare evidente che la paziente dovrà evitare carichi di lavoro pesanti e deve, sia giudizio mio che del neurochirurgo, mantenere - una percentuale lavorativa del 50% per evitare una progressione della degenerazione con conseguente nuovo intervento chirurgico. (...)" (doc. D). Nella lettera ambulatoriale dell'8 maggio 2023 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) Diagnosi principali 1. Sindrome lombo-spondilogenica: -con dolori pseudoradicolari di verosimile origine muscolo scheletrica alla gamba sin, DD sindrome del piriforme, DD tendinite peritrocanterica, DD meno probabile sindrome lomboradicolare irritativa S1 sin; -pregressa laminectomia L5 e spinotomia L4-L5, artrotomia L5-S1 e L4-L5 bilateralmente, recessotomia L5-S1 e L4/5 bilateralmente. Foraminotomia S1-L5 bilateralmente. Foraminotomia S1-L5 bilateralmente, PLIF L5-S1 e L4/5 con gabbia in materiale sintetico e fissazione posteriore di L4 a S1 (Dott. \_\_\_\_\_, 14.09.01, \_\_\_\_\_). Anamnesi (...). Esami complementari ENMG (05.05.2023): vedi allegato. (...). Valutazione Interpreto i dolori lombari sulla base della semiologia, dell'esame clinico nel contesto della nota sindrome lombo-spondilogenica. Sulla base della semiologia, dell'esame clinico ed elettrofisiologico interpreto i dolori alla gamba sin in prima ipotesi come pseudoradicolari di origine muscolo-scheletrica. Non escludo in diagnosi differenziale una sindrome del piriforme e una tendinite peritrocanterica. Sebbene l'irradiazione del dolore risulti atipica, visto il segno di Lasègue dubbio per il dermatoma S1, non escludo in diagnosi differenziale una sindrome lomboradicolare irritativa S1. All'esame clinico non riscontro segni di sindrome radicolare deficitaria e sindrome midollare. L'esame elettrofisiologico non ha mostrato neuropatia alla gamba sin. Un esame EMG dei miotomi L4-S1 non ha mostrato attività spontanea patologica, ulteriore reperto a sfavore di una radicolopatia. Ho consigliato alla P. una valutazione e presa a carico da un tuo reumatologo di fiducia. Con lo scopo di trattare la probabile sindrome ansioso-depressiva reattiva ai dolori cronici presenti da 3 anni consiglio una presa a carico da un tuo psichiatra di fiducia . Consiglio l'impostazione di una terapia distanziante dal dolore con preparati come Duloxetine, Efexor, Saroten o Surmontil (favorisco il Saroten o il Surmontil visto i riferiti disturbi a mantenere il sonno). Richiederò le immagini della Clinica \_\_\_\_\_ per sottoporle alla valutazione dei neuro-radiologi in casa e contatterò la P. in caso di nuovi aspetti. Confermo l'approccio infiltrativo proposto dal Prof. \_\_\_\_\_ alle articolazioni faccettarie L3/4 a sin. (...)" (doc. E; n.d.r.: il corsivo è della redattrice). Nel certificato dell'8 maggio 2023 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha attestato quanto

segue: " (...) Prendo cura della paziente dal 23.3.21. (...). Come specialista in terapia del dolore cronico, mi permetto di constatare, che non sia il momento adatto di ricominciare a lavorare oltre il 50 % sia per i dolori sia per la stanchezza diurna o peggio di cambiare tipo di lavoro e quindi contesto psicosociale. Alla Signora RI 1 piace il suo mestiere e dal mio punto di vista non sarebbe consigliato di toglierLa del ambito conosciuto e cambiare tipo di lavoro o aumentare la percentualità, perché adesso almeno si tratta di un lavoro che permette di cambiare postura quanto necessario e che viene effettuato volentieri. Inoltre sarebbe da favorire una fisioterapia a lunga durata per conservare la forza muscolare che impedisce un'ulteriore degenerazione delle vertebre. (...)" (doc. F) Chiamati ad esprimersi in merito, i periti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno confermato la loro valutazione. In particolare, il perito reumatologo ha precisato quanto segue: " (...) Nel rapporto redatto il 20.04.2023 dal dr. \_\_\_\_\_ viene segnalata la presenza di una minima degenerazione del segmento L3-L4, patologia già nota e descritta. Egli sottolinea come a causa della possibilità di un peggioramento della descritta discopatia l'assicurata dovrà essere sottoposta a carichi di lavoro molto leggeri, mantenendo una percentuale lavorativa del 50%. Non vengono comunque segnalate nuove patologie non già evidenziate dalla perizia reumatologica. Nel rapporto dell'Ospedale \_\_\_\_\_ redatto 18.05.2023 dal dr. \_\_\_\_\_, capoclinica di neurologia, si riferisce di una sindrome lombospondilogenica con dolori pseudo-radicali di origine verosimilmente muscolo-scheletrica nella gamba sx. L'esame EMG dei miotomi L4-S1 non ha mostrato attività spontanea patologica. nessun segno di una radicolopatia. I dolori vengono perciò interpretati nell'ambito di una problematica muscolospondilogenica. Anche in questo caso nessun nuovo elemento non preso in considerazione nella perizia reumatologica. Infine cito il rapporto redatto 18.05.2023 dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, che riprende quanto da lei già precedentemente sottolineato. Conferma come ai disturbi somatici già menzionati: nei certificati precedenti, la situazione attuale è collegata ad una grave patologia psicologica con ansia ed insonnia. Anche in questo caso nessun nuovo elemento clinico che giustifichi una modifica delle conclusioni peritali. In conclusione ritengo che i nuovi certificati inoltrati dall'assicurata confermino quanto già ampiamente evidenziato nella valutazione peritale reumatologica e giustificano una limitazione della sua capacità lavorativa nella professione di assistente di studio medico del 50% come già da me attestato. Per lo svolgimento di una professione fisicamente molto leggera, che rispetti le limitazioni precisate nella perizia, ritengo invece giustificata una solo lieve limitazione della capacità lavorativa di non oltre il 20%. La problematica psicologica esula dalla valutazione reumatologica. (...)" (doc. IV-2). Il perito psichiatra ha precisato quanto segue: " (...) Sul piano psichiatrico che mi compete direttamente non vi sono elementi che mi inducano a discostarmi dalla mia valutazione peritale. Solo la Dr.ssa \_\_\_\_\_ descrive una reazione psicologica alla soppressione della rendita, che è in linea con il disadattamento senza ripercussioni sulla CL da me già attestato in perizia. (...)" (doc. IV-1). In data 23 maggio 2023 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale, ha attestato che: " Alla luce delle nuove osservazioni riportate in attuale sede amministrativa ed alla luce di quanto riferito dai periti specialisti coinvolti (dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_) non vi sono ulteriori accertamenti o osservazioni da parte mia SMR atte a modificare quanto già noto. " (doc. IV-3). Nel certificato del 22 giugno 2023 il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: " (...) paziente che mi ha comunicato l'esito della presa di posizione del Dr. med. \_\_\_\_\_. La paziente è al momento molto preoccupata e sicuramente ansiosa per la sua situazione professionale. Dal mio punto di vista, non posso che confermare le

conclusioni della mia valutazione recente. Mi preme sottolineare ancora una volta come in questa paziente l'intervento di artrodesi che ha stabilizzato gli ultimi 2 segmenti lombosacrali, ha determinato indubbiamente una perdita della lordosi, e questo è stato un fattore di rischio importante per la degenerazione del disco L3-L4. Allego delle immagini, dalle quali si evidenzia molto bene come, dal 2021 ad oggi, il disco è degenerato in modo significativo, in particolare è possibile evidenziare sull'ultima risonanza una chiara rottura dell'anulus ("tear") nella sua porzione anteriore. Il rischio di reintervento futuro, per la degenerazione del disco L3-L4, è piuttosto elevato in queste condizioni, stimabile al 20-25% nei prossimi 10 anni. Per tale motivo, è opportuno limitare al massimo gli sforzi, la posizione eretta, e in generale qualsiasi attività che comporti un aumento del carico a livello della colonna lombosacrale. Per queste ragioni, confermo che dal mio punto di vista la paziente non potrà più svolgere attività professionali a tempo pieno. (...)" (doc. G). In data 5 luglio 2023 il medico SMR (dr. med. \_\_\_\_\_), ha attestato che: " La certificazione del PD dr. \_\_\_\_\_ non è assolutamente in contraddizione con quanto rilevato in perizia reumatologica dr. \_\_\_\_\_. In questa certificazione si indica la prognosi di malattia indicando un potenziale di fissurazione del disco nel futuro e ci si esprime su limitazioni e ad attività inergonomiche per il rachide: queste osservazioni sono pienamente competenti e non sono assolutamente in contrasto con quanto già valutato in sede assicurativa AI." (doc. VIII-1). Nel certificato dell'8 agosto 2023 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: "(...) Prendo cura della paziente dal 23.3.21. La Signora RI 1 è stata trattata secondo le linee guida per il trattamento dei dolori cronici. (...). Il consulto specialistico recente da parte del neurochirurgo ormai ha dimostrato, che negli ultimi due anni il disco tra L3 e L4 è degenerato in modo significativo e che si vede inoltre una rottura dell'anulus fibrosus del disco. Un reintervento in questa situazione sarebbe molto rischioso e porterebbe in base a questa patologia nessun beneficio, ma aumenterebbe il rischio di una ulteriore degenerazione. Quindi non vedo altra soluzione di limitare i sforzi e di togliere il carico a livello della colonna lombare. Vado completamente d'accordo con il collega \_\_\_\_\_, che un aumento della capacità lavorativa suggerisce il grande rischio di un ulteriore peggioramento. Se la Signora RI 1 sa organizzarsi bene all'attuale posto di lavoro, consiglieri - anche sotto il punto di vista psicosociale - di non effettuare cambi: sia del posto, sia del tempo lavorativo." (doc. H). Chiamati ad esprimersi in merito, i periti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno confermato la loro valutazione. In particolare, il perito reumatologo ha precisato quanto segue: "(...) Nel rapporto redatto l'08.08.2023 dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ non vengono evidenziate nuove patologie tali da modificare le precedenti prese di posizione. Si parla nuovamente di una discopatia a livello L3-L4 già ben descritta. Le limitazioni consigliate dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ rispettano quanto da me già attestato. Personalmente sconsiglierei un nuovo intervento alla colonna vertebrale, visto il quadro clinico con la presenza di diffusi dolori di carattere piuttosto fibromialgico. Un intervento di stabilizzazione L3-L4 a mio parere non garantirebbe alcun chiaro miglioramento dei dolori e soprattutto un aumento della capacità lavorativa dell'assicurata" (doc. XIV-2). Il perito psichiatra ha precisato quanto segue: "(...) la diagnosi di sindrome da disadattamento era stata considerata senza influsso sulla CL e, pertanto, le uniche diagnosi con ripercussione erano e restano quelle reumatologiche." (doc. XIV-1). Nel certificato del 26 settembre 2023 il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha attestato quanto segue: "(...) con la presente si certifica che la signora RI 1, nata il \_\_\_\_\_, 1977, è abile al lavoro in misura del 50% a causa di dolori e peggioramento alla colonna vertebrale negli ultimi 2 anni." (doc. I). 2.8. Chiamato ora a pronunciarsi, attentamente vagliata la documentazione medica riprodotta al

considerando 2.7 (in particolare, la valutazione dei periti amministrativi di cui al doc. 169 e i successivi complementi peritali a pag. 766 e 777 incarto AI rispettivamente di cui ai doc. IV-1 e 2 e doc. XIV-1 e 2 e il rapporto finale del 18 novembre 2022 del medico SMR a pag. 710-713 incarto AI), questo Tribunale - applicando il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore delle assicurazioni sociali per l'apprezzamento delle prove (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) - può fare proprie le loro conclusioni degli esperti consultati dall'amministrazione. RI 1 è dunque abile al 50% nell'attività abituale di aiuto medico dal 1° settembre 2002 e continua. L'assicurata presenta invece una capacità lavorativa dell'90% rispettivamente dell'80% (lavoro durante l'intero arco della giornata ma con possibilità di interporre pause più prolungate) dal 14 novembre 2020 (data della perizia del dr. med. \_\_\_\_\_) rispettivamente dall'8 novembre 2022 (data della perizia dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_) in attività adeguate al suo stato di salute, ovvero in una professione fisicamente leggera, che non richieda particolari sollecitazioni per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), nonché che le permetta di cambiare frequentemente di posizione, da svolgersi in parte seduta ed in parte in piedi).

2.8.1. Il TCA non ignora i numerosi certificati medici agli atti delle svariate figure di riferimento della ricorrente (medico di famiglia, terapeuta del dolore, terapeuta complementare di massaggio classico, reumatologo, neurochirurgo, medico nonché datore di lavoro, ecc.) di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7. Tuttavia essi non sono atti a mettere in dubbio le conclusioni figuranti negli approfonditi pareri (inclusi i complementi peritali) espressi dai periti amministrativi interpellati dall'istituto assicuratore resistente, con considerazioni puntuali e convincenti, con esplicito riferimento alla situazione clinica dell'assicurata, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dagli specialisti in questione come pure dell'esigibilità lavorativa posta dai medesimi medici specialisti e della capacità lavorativa residua in attività adeguate. Al riguardo va ricordato che le perizie (rispettivamente i complementi peritali) affidate (/i) dagli assicuratori sociali, come nel caso di specie - secondo la procedura dell'art. 44 LPGGA (cfr. doc. 162 e 168 incarto AI) - a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C\_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4 STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8 e STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.6). Ciò che non si avvera nel caso di specie. D'altra parte le valutazioni del medico di famiglia (specialista FMH in medicina interna generale), dell'attuale datrice di lavoro (specialista FMH in dermatologia e venereologia), della terapeuta del dolore (specialista FMH in anestesia) - che, quindi, non sono specialisti FMH nelle materie che qui ci occupano - di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7, seppur divergenti per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente, non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai periti amministrativi e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell'interessata hanno sulla sua capacità di lavoro. Parimenti dicasi per la valutazione del terapeuta complementare di massaggio classico. Anche le valutazioni degli specialisti consultati privatamente dall'insorgente (e, in particolare, quella del 14 febbraio 2023 del reumatologo, dr. med. \_\_\_\_\_ e quelle del 20 aprile, del 22 giugno e del 26 settembre 2023 del neurochirurgo, PD dr. med. \_\_\_\_\_, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.7), pure divergenti per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell'insorgente,

non apportando nuovi elementi oggettivi ignorati dai periti amministrativi, vanno quindi intesi nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie che la interessano hanno sulla sua capacità di lavoro. Va qui inoltre ricordato 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). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12). Giova qui pure rilevare che, in una STF 9C\_532/2020 del 13 ottobre 2021, al consid. 4.1, l'Alta Corte ha ribadito che: " Di principio, l'avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)". 2.8.2. Per quanto in particolare concerne l'aspetto somatico, va in ogni caso sottolineato che, quand'anche tra la valutazione dell'esigibilità lavorativa eseguita dai periti amministrativi e quella effettuata dagli specialisti di fiducia dell'assicurato vi fossero alcune differenze riguardanti la natura e l'importanza dei limiti funzionali, esse sarebbero in ogni caso irrilevanti (cfr. pure la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3 e la STCA 35.2021.83 del 7 marzo 2022, consid. 2.7.2). In effetti, il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato e, quindi, ad un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Inoltre gli impedimenti ritenuti dai periti amministrativi non sono tali da poter sostenere che ci si troverebbe confrontati a una costellazione particolarmente sfavorevole ai fini reintegrativi. Difatti, la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276

consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che la ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee (vedi, tra le altre, la STCA 35.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.7 e riferimenti, la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3 e la STCA 35.2021.83 del 7 marzo 2022, consid. 2.7.2).

2.8.3. Inoltre, per quanto in particolare concerne l'aspetto psichico, va in ogni caso sottolineato che nell'unico certificato medico specialistico agli atti (ovvero quello del 14 febbraio 2023 del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) le figure di riferimento dell'insorgente, che la seguono con dei colloqui di sostegno psicologici dal 12 novembre 2021, non si sono espressi in merito alla capacità lavorativa dell'insorgente (in particolare, non hanno attestato alcuna incapacità lavorativa nell'attività abituale né tantomeno in attività adeguata, da ricondurre a motivi psichici). Tali figure si limitano unicamente a riportare un peggioramento - riferito telefonicamente dalla paziente stessa - nell'ambito del disturbo dell'adattamento di cui soffre, a causa della decisione negativa dell'UAI, puntualizzando che non sarebbe possibile esprimersi sull'evoluzione delle condizioni psichiche (pag. 747 incarto AI). Ora, il perito psichiatra ha puntualizzato che il peggioramento riferito dall'insorgente è del tutto in linea con la reazione alla decisione AI che era alta base dello sviluppo della sindrome da disadattamento, il quale tuttavia non aveva ripercussione sulla capacità lavorativa non comportando significative limitazioni aggiuntive rispetto a quelle somatiche determinate dal perito reumatologo (pag. 766 incarto AI). In questo contesto, è comunque utile segnalare che i fattori psicosociali (problemi di coppia, difficoltà personali, disoccupazione, problemi di natura finanziaria, ecc.) non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (cfr. STF 9C\_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 5.2.3 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del

#### **E. 14**

ottobre 2019 consid. 2.12. e riferimenti ivi citati; 32.2019.10 del 20 gennaio 2020 consid. 2.7. e riferimenti ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8.), in particolare non vi figurano i problemi reattivi a una decisione negativa dell'autorità, altrimenti la nozione legale d'invalidità verrebbe svuotata di contenuto (cfr. STF 9C\_799/2012 del 16 maggio 2013 consid.

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