

TI_GERICHTE 32.2023.6 vom 27. Dezember 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-12-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.6

FR: TI_GERICHTE 32.2023.6 du 27 décembre 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2023.6 del 27 dicembre 2022

Regeste

Ricorso (parzialmente accolto) contro decisione attribuzione rendita limitata nel tempo. Attendibile la valutazione del medico fiduciario LAINF. Decisione riformata, l'UAI non avendo applicato l'art. 88a cpv. 1 OAI per la durata delle prestazioni

Erwägungen

E. 1

pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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'art. 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-assicurative, 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. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a) cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a) cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto

insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. 2.6.1. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni del 1/8 settembre 2021 (cfr. supra consid. 1.1.), al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurata l'Ufficio AI ha richiamato la documentazione dalla _____ e le certificazioni del curante reumatologo, sottoponendola al vaglio del medico SMR (cfr. supra consid. 1.2.). Quest'ultimo, fondandosi su quanto attestato dal dr. _____ ha in prima battuta accertato i periodi di incapacità lavorativa di cui al consid. 1.2. in fine. Dopo l'emanazione del (primo) progetto, l'amministrazione ha saputo che l'assicurata era stata peritata da due medici fiduciari della _____, ragione per cui ha atteso le risultanze istruttorie. Una volta ottenuti i rapporti dei medici fiduciari, il medico SMR ha provveduto a modificare il suo rapporto SMR sulla base delle conclusioni del dr. _____, il quale ha attestato una riacquisita abilità lavorativa in ogni attività dal 28 giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.4.). L'Ufficio AI – annullando e sostituendo il precedente progetto – con il nuovo progetto del 5 settembre 2022 ha limitato il diritto alla rendita al 30 giugno 2022 (mese di riacquisto della piena capacità lavorativa), ribadendo per il resto il contenuto del precedente preavviso e confermando il progetto con la decisione del 27 dicembre 2022 (cfr. supra consid. 1.5.). La ricorrente contesta la valutazione medico-teorica operata dal medico SMR, contrapponendole delle refertazioni che attesterebbero uno stato valetudinario, se non peggiorato, almeno invariato rispetto alla precedente valutazione SMR. Incontestata è la valutazione economica. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, la problematica reumatologica essendo stata chiarita in modo soddisfacente nella valutazione del dr. _____, fatta propria dal medico SMR. 2.6.2. Occorre innanzitutto chinarsi sulle censure che l'insorgente solleva quo al procedere formale dell'Ufficio AI, rispettivamente del medico SMR e del medico fiduciario dell'assicuratore malattia privato. La ricorrente, rinviando alla STF 9C_667/2020 del 29 dicembre 2020, censura la violazione dell'art. 44 LPGA siccome, a suo modo di vedere – e contrariamente da quanto asserito dall'Ufficio AI – la valutazione del dr. _____ non assurge a perizia esterna (I, p.to 6.). Ora, l'art. 44 LPGA prevede l'obbligo di predisporre una perizia esterna se essa è necessaria (cpv. 1; cfr. Aliotta, BSK-ATSG, n. 3 ad art. 44 LPGA). La perizia esterna gode di un valore probatorio accresciuto, a differenza della valutazione del medico SMR per cui è sufficiente un minimo dubbio circa l'affidabilità e la concludenza per determinarne l'inutilizzabilità (cfr. supra consid. 2.5.). In concreto la valutazione del dr. _____ non costituisce una perizia esterna ex art. 44 LPGA. Si tratta invece di una valutazione del medico fiduciario a cui l'assicuratore privato ha conferito mandato peritale (in tema STF 8C_54/2022 del 23 maggio 2022 consid. 3.2., STCA 32.2016.67 del 15 marzo 2017 consid. 2.5. e la 32.2023.23 consid. 2.8.2. di cui è prevista la pubblicazione). Tale circostanza risulta in ogni caso irrilevante ai fini del giudizio, giacché la valutazione del medico fiduciario è stata fatta propria dal medico SMR e, come si illustrerà in seguito, quest'ultima va confermata in questa sede senza che si rendano necessari ulteriori accertamenti (cfr. infra 2.7.3. e seg.). Inoltre, il fatto che la perizia del dr. _____ non configuri una perizia esterna ex art. 44 LPGA non comporta certo l'inutilizzabilità della stessa (in tema STF 9C_192/2015 del 13 luglio 2015 consid. 3., 8C_15/2015 del 31 marzo 2015 consid. 6.4., DTF 137 V 210 consid. 6.2.2., STCA 32.2016.67 del 15 marzo 2017 consid. 2.5.; Aliotta, op. cit., n. 5 e seg. ad art.

44 LPGA). Ma in ogni caso la citata pronunzia del 29 dicembre 2020 dell'Alta Corte è in concreto irrilevante, giacché in quel caso l'amministrazione aveva riconosciuto la necessità di una perizia esterna e, invece di procedere conformemente all'art. 44 LPGA, l'ufficio AI si era limitato ad acquisire agli atti il rapporto di un medico dell'assicurazione perdita di guadagno per malattia ritenendola una perizia esterna. Nel caso che ci occupa la situazione è diversa, siccome l'Ufficio AI ha acquisito tutta la refertazione medica, tra cui i rapporti del medico fiduciario dell'assicurazione perdita di guadagno per malattia, sottoponendola al vaglio del medico SMR, il quale – contrariamente al parere dell'assicurata e dei suoi curanti – l'ha ritenuta sufficiente per accertare la riacquisizione della capacità lavorativa a far tempo dal 28 giugno 2022. Del resto, è la ricorrente stessa che ravvisa la differenza tra il caso di specie e quello da lei citato (XII, pag. 1). La ricorrente ritiene – facendo propria la critica del curante (doc. 59, pag. 150 incarto AI) – che il medico fiduciario sia prevenuto nei suoi confronti, avendo formulato, tra le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, quella di obesità, diagnosi smentita dal curante (I, p.to 7.). Come detto, le valutazioni mediche realizzate da medici legati ad un'assicurazione non costituiscono delle perizie esterne indipendenti ai sensi dell'art. 44 LPGA e, trattandosi di atti interni all'assicurazione, non soggiacciono alle medesime esigenze formali. L'assicurato non può quindi beneficiare dei medesimi diritti conferitigli dall'art. 44 LPGA, ma unicamente delle garanzie minime desunte direttamente dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (Aliotta, BSK-ATSG, n. 16-19 ad art. 44 LPGA con illustrazione della controversia dottrinale; Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation: le cas particulier des assurances sociales, in: HAVE/REAS 2011, pagg. 131 e 134 con molteplici rinvii giurisprudenziali e dottrinali; DTF 137 V 117). Nella STF 8C_17/2018 del 15 febbraio 2018 (consid. 3.3.) il TF ha rilevato che “[...] Rettamente la Corte cantonale ha ricordato che, sulla base del principio della buona fede, la parte che ha conoscenza di un motivo di ricusazione deve invocarlo senza indugio e non soltanto quando [...] l'esito della procedura le sia sfavorevole, pena la decadenza del diritto di avvalersene (DTF 139 III 120 consid. 3.2.1 pag. 124; 138 I 1 consid. 2.2 in fine pag. 4, in modo particolare in materia di assicurazioni sociali: DTF 132 V 93 consid. 7.4.2 pag. 112).”. Ora, nell'ambito della procedura che contrappone(va) l'assicurata alla _____, quest'ultima le ha comunicato il

E. 6

aprile 2022 la necessità di una visita specialistica, informandola – tra l'altro – circa il nome del medico fiduciario e sulla sua specializzazione (doc. 112 incarto AI). Fino all'emanazione della decisione del 27 luglio 2022 (doc. 119 incarto AI), l'assicurata non ha sollevato obiezioni di sorta. Con il “RECLAMO” (recte: opposizione) del 30 ottobre 2022, l'assicurata – per il tramite del marito e datore di lavoro – si è limitata a contestare la valutazione del medico fiduciario (“La scandalosa perizia del 17.05.2022 da dr. _____ piena di valutazioni sbagliate non corrispondono alla verità vedi 2 allegati dai medici curanti [...]. Per questo motivo chiedo [...] un'altra perizia da un vostro medico di fiducia”, doc. 131, pag. 405 incarto AI). Di tutta evidenza, l'assicurata non ha formulato (e tantomeno sostanziato) alcuna domanda di ricusa nell'ambito di quella procedura, limitandosi ad esprimere il suo disaccordo circa la valutazione fiduciaria, producendo due certificati dei curanti attestanti un'incapacità lavorativa del 50% in attività abituale (pag. 407 incarto AI), rispettivamente in ogni attività (pag. 411 incarto AI) e auspicando un'altra valutazione (peraltro sempre “da un vostro medico di fiducia”). Pertanto, la censura dell'insorgente – che ha potuto esercitare il diritto di essere sentiti ex art. 29 cpv. 2 Cost. con l'opposizione alla decisione della _____ –, sollevata solo in questa sede con il

ricorso del 31 gennaio 2023, è tardiva ai sensi della suevocata giurisprudenza. Ma anche se, per ipotesi di lavoro, la si volesse considerare tempestiva, il TCA non condivide la critica della ricorrente. In effetti, lo stesso dr. _____ – che in un primo momento aveva erroneamente formulato la diagnosi (senza ripercussioni sulla capacità lavorativa) di obesità (doc. 114, pag. 328 incarto AI; cfr. infra consid. 2.6.3.) – si è confrontato con quanto asserito dal curante (il quale ha rilevato “ al massimo un leggero sovrappeso ”, doc. 131, pag. 410 incarto AI), ammettendo che l’assicurata non era in effetti obesa ma in lieve sovrappeso, rilevando altresì come ciò fosse ininfluenza per l’accertamento della capacità lavorativa residua, trattandosi di una diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. 122, pag. 354 incarto AI). Da questo errore (l’aver cioè diagnosticato un’obesità invece di un leggero sovrappeso), immediatamente ammesso dal reumatologo e in ultima analisi ininfluenza, l’insorgente non può certo dedurre un’asserita parzialità del medico fiduciario e/o una violazione del diritto di essere sentiti. Peraltro, il medico SMR non aveva indicato l’obesità tra le diagnosi (cfr. supra consid. 1.4.). L’insorgente rimprovera al dr. _____ di aver “ visitato l’interessata in un’unica occasione, per non più di un’ora ” e di non averla sottoposta a dei test (I, p.to 7.). A proposito della durata della visita, si rammenta che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concluzione (cfr. STF 9C_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). Per quanto attiene alla mancata attuazione di imprecisati “ test ”, mal si comprende come la ricorrente, profana in medicina, possa determinare quali test andassero in concreto esperiti, il medico fiduciario disponendo di tutta la refertazione medica fino ad allora acquisita agli atti. Peraltro, dalle tavole processuali risulta che il medico fiduciario abbia invero effettuato dei test motu proprio (doc. 114, pag. 321 e seg.), oltre ad aver sottoposto le risonanze magnetiche al dr. _____ per una valutazione da parte di un medico esterno. Ne consegue che anche queste censure si rivelano inconferenti. La ricorrente rimprovera al medico SMR di non averla visitata personalmente e di essersi limitato ad un “ copia/incolla ” della valutazione del dr. _____ (XII, pag. 2). L’Alta Corte ha già stabilito che, di principio, alla valutazione del SMR allestita esclusivamente sulla base degli atti dell’incarto (“ Aktengutachten ”) può essere riconosciuto valenza probatoria nella misura in cui essa contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell’assicurato (RAMI 1993 Nr. U 167, pag. 95, consid. 5d; STF 9C_29/2014 del 18 febbraio 2014 e 8C_199/2011 del 9 agosto 2011 consid. 2; STFA I 1094/06 del 14 novembre 2007 consid. 3.1.1.). Quanto precede è relativizzato quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che una valutazione in questo settore della medicina, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (pro multis DTF 127 I 54 consid. 2e-g, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 e seg.). In ogni caso, come detto (cfr. supra consid. 2.5.), la valutazione medica degli specialisti interni all’assicurazione non ha la stessa valenza probatoria delle perizie ex art. 44 LPGa (STF 9C_411/2018 del 24 ottobre 2018 consid. 4.2. e 8C_474/2018 dell’11 marzo 2019 consid. 8.5.). Nel caso concreto il medico SMR ha fatto proprie, tra l’altro, le valutazioni dei medici fiduciari della _____, i quali hanno visitato personalmente l’assicurata (doc. 114, pag. 316 e doc. 118, pag. 339 incarto AI). Per quanto attiene al quadro psichiatrico, il dr. _____ (specialista in psichiatria e psicoterapia) ha potuto attestare l’assenza di qualsivoglia diagnosi psichiatrica, conclusione che non è mai

stata avversata dall'insorgente e che questa Corte, esaminati gli atti all'inserto, condivide. Visto quanto precede, l'agire del medico SMR è conforme alla surriferita giurisprudenza.

2.6.3. La ricorrente, prevalendosi di molteplici refertazioni mediche, sostiene che, contrariamente a quanto accertato dal medico SMR, ella sarebbe inabile al lavoro al 50% in ogni attività. Giova preliminarmente ricordare che secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) 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 (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). Ora, siccome i curanti e la ricorrente ritengono la diagnosi di spondiloartrite sieronegativa prevalentemente assiale (HLA B27 positiva) di centrale importanza per l'accertamento della capacità lavorativa residua, per una migliore comprensione delle refertazioni mediche è opportuno evidenziare preliminarmente quanto segue. La spondiloartrite assiale non radiografica (nr-axSpA) è una malattia infiammatoria cronica della colonna vertebrale per la quale non è possibile rilevare delle modifiche strutturali nel corso di una radiografia convenzionale. Si tratta di una malattia autoimmune durante la quale il sistema immunitario attacca i tessuti cartilaginei e ossei. Allo stadio iniziale l'affezione non è visibile con una radiografia convenzionale ma, se l'infiammazione è sufficientemente pronunciata, essa sarà chiaramente visibile mediante risonanza magnetica. In ogni caso, per poter diagnosticare una spondiloartrite assiale occorre far capo a molteplici esami e test, e meglio l'anamnesi familiare, il test di Mennell, l'esame radiografico (solo in stadio relativamente avanzato), la risonanza magnetica e le analisi del sangue (che permette di determinare se è presente la caratteristica tissutale HLA-B27 che innesca la reazione difensiva difettosa. Più del 95% delle persone affette dal morbo di Bechterew possiede questa caratteristica. Tuttavia, essa è presente anche in altre malattie e in circa il 7% delle persone in buona salute. Un test dell'antigene HLA-B27 si impone in presenza di altri sintomi). La spondilite anchilosante (SA), detta anche "Morbo di Bechterew", è la forma "anchilosante" avanzata della spondiloartrite assiale. Essa si caratterizza da una rigidità infiammatoria della colonna vertebrale che rivela delle modifiche strutturali nel corso di una radiografia. In questo stadio, in genere la radiografia è un aiuto tecnico sufficiente per la diagnosi. Questo stadio è caratterizzato da profondi dolori alla schiena che sopraggiungono soprattutto di notte e di mattina. Ad uno stadio avanzato, ciò può portare a delle limitazioni del movimento e delle cattive posture (Daniel Koch, articolo "Spondiloartrite assiale o morbo di Bechterew – cosa sono?" del 9 marzo 2023 e articolo "Spondiloartrite assiale, compreso il morbo di Bechterew – Sintomi e diagnosi" del 12 marzo 2023, entrambi reperibili all'indirizzo web www.ms-d-gesundheit.ch, consultato il 10 luglio 2023, sottolineature del redattore). Ciò premesso, nel caso concreto occorre analizzare la refertazione medica pertinente. Per allestire il rapporto del 19 aprile 2022, il medico SMR ha fatto capo al rapporto del 19 dicembre 2021 del curante reumatologo (cfr. supra consid. 1.2.). In effetti, il rapporto del dr. _____ (doc. 107 incarto AI) – ricalcando in sostanza il suo primo certificato medico del 12 febbraio 2021 (doc. 97 incarto AI) inviato all'assicurazione perdita di guadagno e

quelli successivi (docc. 98 e 99 incarto AI) – indica, quali diagnosi con effetti sulla capacità lavorativa: " Sindrome lombo-sacrale dx, ernia discale L5-S1 Artrosi acromion-claveare dx, sindrome cervico-spondilogeno sindrome fibromialgica generalizzata. Possibile spondiartrite a prevalenza assiale non [illeggibile, n.d.r.] HLAB27" e quali diagnosi senza effetti sulla capacità lavorativa " Adenoma ghiandola surrenale dx Meningioma parietale paramediano sx 17x16x10 mm Intolleranza a [illeggibile, n.d.r.]", indicando quindi i limiti funzionali e accertando un'incapacità lavorativa del 50% nell'attività abituale (essendo anche l'attività adatta), rilevando come lo stato dell'assicurata fosse stabilizzato e che la prognosi, ancorché riservata, dipendeva dalla " componente psico-somatica " che " gioca un ruolo importante ". Inoltre, il curante sollevava dei dubbi circa l'adesione alla terapia farmacologica. Dopo essere stato informato dall'assicurazione perdita di guadagno del fatto che i medici fiduciari avevano accertato il riacquisto della capacità lavorativa in ogni attività (a loro modo di vedere) dall'11 agosto 2022, l'Ufficio AI ha chiesto al medico SMR se fosse necessario modificare il precedente rapporto (doc. 52 incarto AI). Il medico SMR ha proceduto in tal senso (doc. 55 incarto AI), facendo propri i rapporti del dr. _____ e del dr. _____ (cfr. supra consid. 1.4.) e accertando il riacquisto della capacità lavorativa dal 28 giugno 2022 in misura completa. Ora, nel suo rapporto del 1. maggio 2022 (doc. 114 incarto AI) il dr. _____, dopo aver riassunto gli atti (pagg. 317-320 incarto AI), eseguito l'anamnesi personale, quella secondo la presentazione dell'assicurata e quella sociale (pag. 320 e seg. incarto AI), proceduto all'esame reumatologico della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche (pag. 321 e seg. incarto AI) ed esperito l'esame neurologico cursorio, riportato le osservazioni preliminari (pag. 322 incarto AI), si è così determinato: [...] rammenta che dal 2009 [...] sono insorti dolori al rachide [...]; [...] disponiamo una risonanza magnetica della colonna lombare del 15.12.2016 , alla quale vengono descritte alterazioni degenerative plurisegmentali da L3 a S1, con minima salienza discale posteriore mediana L3-L5, piccola focalità erniaria L5/S1 posteriore mediana paramediana a sinistra parzialmente discesa nel recesso laterale omerolaterale; lo stesso esame veniva ripetuto il 7.12.2018 con risonanza magnetica del bacino ; si osservavano disidratazioni discali tra L3 e S1 con riduzione di ampiezza dello spazio intersomatico compreso tra L5 e S1, non si notavano alterazioni alle articolazioni sacroiliache, veniva descritta una protrusione discale L5/S1 posteriore mediana, senza irritazione radicolare con spondilartrosi bilaterale. [...] le risonanze magnetiche citate non mostravano dunque alterazioni strutturali equivalenti ad una spondiloartrite . Il 4.12.2020 il [dr. _____, n.d.r.], scrivendo al [dr. _____, n.d.r.], indicava la diagnosi di sindrome del dolore cronico con importanti dolori lombosacrali crurali a destra, nota ernia discale L5/S1, di sindrome cervico-toracospondilogeno, di artrosi acromioclaveare a destra. Il 12.2.2021 il dr. _____ [...] segnalava [...] una probabile spondilite anchilosante HLA B27 positiva , [...]; riteneva dunque che [...] era limitata nel sollevare carichi, nel camminare per lunghi tragitti, nel mantenere a lungo la posizione eretta o seduta, nei lavori di forza prolungati ripetuti, nel tirare o spingere oggetti. Il 12.7.2021 il Dr. _____ comunicava che era in corso una terapia di base con Cosentyx 150 [...]. Il 19.12.2021 il reumatologo curante elencava le diagnosi già note possibile spondiloartrite a prevalenza assiale non radiologica [...]. Il reumatologo sottolineava che [...] era stabilizzata, ma non riferiva miglioramenti [...], vedeva limitazioni per quanto riguardava il sollevamento e il trasporto di carichi superiori agli 8kg, durante lavori ripetitivi e di forza prolungati. Ora l'assicurata non si sottopone a cure farmacologiche di base potenzialmente attive in malattie reumatiche infiammatorie, facendo uso di analgesici senza posologia fissa ; ella con un'anamnesi mal

sistematizzabile, con pensiero accelerato, accusa un quadro algico generalizzato, coinvolgente la colonna vertebrale, gli arti superiori ed inferiori e si sottopone ad una fisioterapia [...] passiva; [...] lamenta dolori cervicali bilaterali irradianti verso le parti trasverse dei muscoli trapezi, verso la nuca e la regione dorsale, spesso associati a cefalee, cervicalgie manifeste anche di notte e di giorno, con certo sollievo al movimento [...]. L'assicurata lamenta anche dolori lombari dalle due parti, irradianti verso i trocanteri femorali maggiori, verso i glutei bilaterali, a sinistra anterolaterali nella coscia e nel polpaccio laterale fino a raggiungere la regione esterna del dorso del piede sinistro con sensazione di avere le dita esterne del piede sinistro addormentate, a destra i dolori lombari proiettano verso il gluteo, l'intensità dei dolori lombari equivale all'intensità dei dolori nell'arto inferiore sinistro, dolori lombari che irradiano di giorno e di notte, in qualsiasi posizione, quindi stando seduta, in piedi; l'assicurata abitante ad _____, giunta alla visita peritale [a Lugano, n.d.r.] in automobile, afferma di non poter camminare a lungo, le risulta difficile salire scale; durante l'anamnesi della durata di circa 20 minuti, ella rimane seduta tranquillamente sulla poltrona in sala di consultazione, senza ricercare posizioni antalgiche, riavviandosi al termine dell'anamnesi prontamente da posizione seduta a posizione eretta, camminando verso la sala visite senza zoppia dove si spoglia rispettivamente riveste autonomamente [...]; [...] Agli arti inferiori l'assicurata accusa dolori interni alle ginocchia [...] per esempio notato quando va a passeggiare con il proprio cane; [...]. [...] lamenta anche dolori alle spalle bilaterali, alla regione omerale laterale a destra, da circa 2 anni, con difficoltà a portare la spalla destra oltre il piano orizzontale, associati a dolori esterni omerali e agli avambracci dorsali bilaterali; il 27.1.2011, oltre 10 anni dall'attuale valutazione peritale, era stata eseguita una risonanza magnetica alla spalla destra, mostrante una tendinopatia a carico del sovraspinato e del capolungo del bicipite con iniziali segni irritativi acromeoclaveari; le spalle dalle due parti si presentano libere ai movimenti passivi, con arco dolente a destra, dolori a fine corsa all'abduzione, flessione e ai movimenti rotatori a destra, il tesi di Jobe ben tenuto, depone contro una lesione maggiore del tendine muscolo sovraspinato a destra, gli ulteriori test resistitivi per la cuffia rotatoria a destra non sono valutabili, in quanto l'assicurata non riesce a collaborare. La mobilità passiva dei gomiti risulta libera, indolore, i polsi dalle due parti non vengono segnalati algici, la loro mobilità passiva è normale, senza dolori. Vi sono artralgie alle mani [...]; [...] quadro clinico compatibile con una poliartrite delle dita [...]. Sebbene agli atti sia stata ventilata la presenza di una malattia reumatica infiammatoria, ossia una spondiloartrite, non ho trovato all'esame clinico attuale, indizi per una malattia articolare reumatica infiammatoria sottostante. [...] come già osservato dal reumatologo curante, 16 su 18 punti fibromialgici positivi [...] che [...] definiscono la diagnosi di sindrome fibromialgica generalizzata, in grado di generale un dolore cronico ubiquitario, poco rispondente alle cure farmacologiche-fisiateriche [...]. I disturbi accusati [...], i deficit funzionali riferiti, [...] si spiegano soltanto parzialmente con le alterazioni strutturali finora evidenziate; la farmacoterapia analgesica attualmente in atto, non è proporzionata all'intensità dei dolori lamentati, ritenuti invalidanti, sull'arco delle 24 ore; sebbene [...] soffra di una sindrome fibromialgica generalizzata, riconosciuta anche dal reumatologo curante, non è in corso, stando alle indicazioni [...] una psicofarmacoterapia algomodulatore centrale in grado di innalzare la soglia del dolore. Il trattamento fisioterapico attualmente in corso con misure passive [...] non corrisponde agli standard internazionali per una riabilitazione della muscolatura in assicurata decondizionata." (pagg. 323-325 incarto AI, sottolineature del redattore) Il dr. _____ ha quindi posto le seguenti diagnosi: " Diagnosi

reumatologiche con conseguenze sulla capacità lavorativa: Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra, in - Alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare con discopatia da L3 a S1 con protrusione discale L5/S1 mediana, con spondilartrosi Periartrite omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra Poliartrosi delle dita (diagnosi clinica) Diagnosi reumatologiche senza conseguenze sulla capacità lavorativa: ” Disturbi statici della colonna vertebrale (percifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare) Decondizionamento e sbilancio muscolare Sindrome fibromialgica generalizzata Obesità (peso: 69 kg/ statura: 157 cm) Spondiloartrite indifferenziata HLA B27 positiva assiale, anamnestic” (pag. 325 e 327 incarto AI). Egli ha rilevato i seguenti limiti funzionali: ” È [...] auspicabile instaurare una farmacoterapia analgesica in grado di agire sulla componente del dolore centrale rispettivamente periferica, proporzionata all’intensità dei dolori lamentati, sull’arco delle 24 ore. Parallelamente il trattamento fisioterapico passivo va sostituito con una riabilitazione muscolare attiva [...]. Le misure di cura citate sono in grado di migliorare la qualità di vita [...], ma non incideranno sostanzialmente sulle [...] risorse fisiche. [...] presenta le risorse fisiche seguenti: [...] può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all’altezza dei fianchi, spesso pesi tra 5-10 kg fino all’altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti 20 kg fino all’altezza dei fianchi; [...] può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg fino all’altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti 5 kg sopra l’altezza del petto. [...] può talvolta maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado maneggiare attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. [...] può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, può molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, talvolta assumere la posizione accovacciata. [...] può assumere spesso la posizione seduta di un’ora, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno. [...] può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, [...] talvolta camminare su terreno accidentato, [...] spesso salire le scale, di rado [...] su scale a pioli. Questi limiti funzionali tengono unicamente conto degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio campo di specialità [...]. Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero. Vi sono dunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale.” (pag. 326 incarto AI) accertando che: ” [...] in un lavoro adatto allo stato di salute [...], la giudico abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa [...] di 8-9 ore, con rendimento [...] del 100%, a partire dal 30.4.2022, giorno seguente la valutazione peritale reumatologica. L’assicurata viene segnalata [...] come segretaria [...]; ella tuttavia mi racconta di essere occupata in diverse mansioni , anche pesanti in parte tipiche del giardiniere . Prego dunque la spettabile _____ di volermi fornire un’accurata descrizione del posto di lavoro con le mansioni svolte, le posizioni di lavoro assunte, i carichi sollevati e trasportati [...]. L’assicurata mi ha inoltre presentato un progetto di decisione stilato dall’ufficio dell’assicurazione invalidità [...]; non disponendo degli stessi atti [...], non mi risulta possibile capire se si tratta di una diversa valutazione sulla base di altre nozioni, rispettivamente comorbidità per esempio di tipo psichiatrico; lascio dunque a _____ approfondire tale aspetto. Dal lato medico teorico,

premettendo che l'assicurata eserciti unicamente l'attività di segretaria, descritta da _____, la considero, a seguito delle sue risorse fisiche, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di attività, ma con una diminuzione del rendimento del 10% [...] dal 30.4.2022. ” (pag. 326 e seg. incarto AI, sottolineature del redattore). Visionato il documento datato 10 maggio 2022 e nominato “ Profilo delle esigenze fisiologiche relative al posto di lavoro ” redatto dal datore di lavoro (e marito) dell'assicurata (la cui funzione è stata indicata quale “ collab. amministrativa+logistica+lavori leggeri manutenz. ” (doc. 115 incarto AI), con complemento del 17 maggio 2022 il dr. _____ ha osservato: " Mi è ora giunto il documento [...] redatto dal titolare [...]; quest'ultimo scriveva che l'assicurata era collaboratrice amministrativa e attiva nella logistica, svolgendo lavori leggeri di manutenzione; assumeva a volte da 1-3 ore al giorno la posizione china o ricurva, a volte da 1-3 ore al giorno la posizione in rotazione, mai eseguiva attività in prossimità del suolo, mai lavori inginocchiata, mai lavori sopra l'altezza del capo, mai il corpo veniva sottoposto a forti vibrazioni, spesso da 3-6 ore al giorno eseguiva movimenti ripetitivi del corpo per esempio lavoro al PC, spesso, sempre da 3-6 ore al dì, vi era la possibilità di scegliere la posizione corporea seduta, in piedi o entrambi, si annotava che vi era impossibilità di riposo, spesso da 3-6 ore al giorno assumeva la posizione prevalentemente seduta, a volte 1-3 ore al giorno la posizione prevalentemente in piedi, mai camminava su terreni irregolari, di rado fino ad 1 ora al giorno saliva o scendeva scale, mai utilizzava scale a pioli. Mai sollevava carichi fino e oltre l'altezza del busto, mai sollevava e spostava camminando, mai sollevava e spostava accovacciata, mai sollevava e spostava sotto pressione del tempo, mai spingeva pesi, si annotava che ciò non era più possibile a causa dell'attuale condizione di salute, inoltre che da 2 anni non era più possibile svolgere una serie di compiti quali alzare pesi, abbassarsi, salire le scale, stare troppo seduta. Tenendo ora conto delle precisazioni a riguardo dell'attuale posto di lavoro, mettendole a confronto con i limiti funzionali e di carico da me profilati, citati, posso senz'altro affermare che l'ultima attività svolta dall'assicurata può essere considerata perfettamente adatta al suo stato di salute, per cui l'inabilità lavorativa per quest'ultima è dello 0% a partire dal 30.4.2022 . [...]” (doc. 116 incarto AI, sottolineature del redattore). Con osservazioni del 5 ottobre 2022 (doc. 59 incarto AI) l'assicurata ha contestato le conclusioni del medico SMR, producendo i rapporti del dr. _____ del 12 luglio 2021 e del 29 settembre 2022, come pure quelli del dr. _____ del 9 e 29 settembre 2022. Per quanto attiene al certificato del dr. _____ del 12 luglio 2021 (doc. 59, pag. 143 incarto AI), si rileva che esso è stato vagliato dal dr. _____ (doc. 114, pag. 319 e 323 incarto AI), il quale ha concluso che “ Sebbene [...] sia stata ventilata la presenza di una malattia reumatica infiammatoria, ossia una spondiloartrite, non ho trovato all'esame clinico attuale, indizi per una malattia articolare reumatica infiammatoria [...]” (doc. 114, pag. 325 incarto AI). Per il resto, il certificato in parola non si esprime neppure sulla capacità lavorativa (residua) e tantomeno sulle valutazioni del dr. _____. Il certificato medico del 9 settembre 2022 del dr. _____ (doc. 59, pag. 144 incarto AI) si limita ad attestare un elenco di otto diagnosi, senza differenziare tra quelle con e quelle senza influsso sulla capacità lavorativa, il curante concludendo che “ In considerazione di queste diagnosi non è possibile che la paziente sia abile al lavoro al 100% da 30.04.2022 anche per un'attività adeguata. A mio parere la paziente è abile al lavoro solo nella misura del 50% per qualsiasi attività ”. Anche in questo caso, il curante non si è confrontato con le singole risultanze del medico fiduciario, preferendo una valutazione a compartimento stagno ed esprimendo una diversa valutazione

della capacità lavorativa residua rispetto al dr. _____. Nel suo rapporto del 29 settembre 2022 (doc. 59, pag. 145 e segg. incarto AI), indirizzato al medico di famiglia, il dr. _____ riferisce di aver recentemente visitato l'assicurata, elencando (senza differenziare tra affezioni invalidanti e non) delle diagnosi parzialmente diverse da quelle riportate nel certificato del 9 settembre 2022 del dr. _____. Anche in questo caso, il curante reumatologo non si è confrontato – pur essendone a conoscenza – con la valutazione del collega, come ammesso dalla stessa insorgente (doc. 59, pag. 141 incarto AI). Di rilevanza è il fatto che il quadro clinico descritto dal dr. _____ corrisponde a quello da lui precedentemente descritto. In particolare, egli ha ribadito la diagnosi di “ Probabile spondiloartrite sieronegativa prevalentemente assiale (HLA B27 positiva) ”, senza averne la certezza (egli asserisce che “ Il quadro clinico è verosimilmente compatibile con una spondilite anchilosante con dolori tipo infiammatori con la presenza di sindesmofiti a livello lombare (che immagine radiologica più nota e più caratteristica della SA su terreno generico positivo familiarità per spondilite ”, doc. 59, pag. 146 incarto AI) . Tuttavia, la valutazione – allegata al rapporto in parola – della RMI nativa del bacino e di quella nativa della colonna lombare effettuato dal dr. _____ (specialista in radiologia) il 15 settembre 2022 ha dato esito negativo, il radiologo concludendo che “ non si riconoscono alterazioni suggestive di morbo di Bechterew ”, rispettivamente “ Non segni suggestivi di morbo di Bechterew [...]” (doc. 59, pag. 148 e seg. incarto AI). Ne consegue che anche se si volesse ammettere la presenza di una spondiloartrite assiale non radiografica, essa non è ancora degenerata nel suo stadio più avanzato (leggasi: morbo di Bechterew), ossia al momento in cui può comportare delle limitazioni del movimento o delle cattive posture. A proposito dello scritto del 29 settembre 2022 del dr. _____ indirizzato al legale dell'assicurata (doc. 59, pag. 150), il curante ha criticato sotto quattro aspetti la disamina del dr. _____, e meglio: - il fatto di non aver inserito nelle diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quella a suo dire più importante, ossia la spondiloartrite sieronegativa prevalentemente assiale (HLA B27 positiva), relegandola ad un dato anamnestico senza conseguenze sulla capacità lavorativa; - l'asserzione, a suo dire indice di una certa prevenzione, secondo cui l'assicurata è obesa, trattandosi di un leggero sovrappeso; - il fatto di aver descritto ciò che la paziente non riesce a fare come una mancata collaborazione; - la descrizione delle risorse fisiche residue della paziente che il curante ritiene, per contro, non date a causa della spondiloartrite, notoriamente una patologia infiammatoria. A mente del curante, l'assicurata potrebbe lavorare “ al massimo 4 ore al giorno ”. A tal proposito, il dr. _____, a cui sono state sottoposte le nuove refertazioni, rispettivamente prese di posizione dei curanti, si è così espresso nel suo rapporto del 19 febbraio 2023 (doc. 122, pagg. 351-354 incarto AI; XII, allegato E, sottolineature del redattore): " Sulla scorta delle critiche [...] nei confronti della mia valutazione [...], tenendo soprattutto conto di quanto affermato dal medico curante [dr. _____, n.d.r.] che riteneva la diagnosi più importante quella di spondiloartrite sieronegativa, prevalentemente assiale HLA B27 positiva, giudicando che la sua paziente non disponesse delle risorse fisiche elencate dal sottoscritto, vista la presenza della spondiloartrite sieronegativa, ho sottoposto il materiale radiologico [...], includente anche quello più recente ossia la risonanza magnetica della colonna lombare del 15.9.2022 e del bacino del 15.9.2022 al Prof. Dr. med. _____, primary della clinica di radiologia _____ [...]; il Prof. _____ si esprime chiaramente sulla domanda se le immagini sottopostegli depongono per la presenza di una spondiloartrite o meno, dicendo: “ non segni radiologici per SpA e/o sacroileite ”. Per quanto riguarda la risonanza magnetica

della colonna lombare del 15.9.2022, il [...] radiologo afferma che le immagini del 15.9.2022, pur documentando discopatie plurisegmentali, non dimostrano la presenza di conflitti radicolari rispettivamente di una stenosi del canale lombare; alla risonanza magnetica del bacino del 15.9.2022 il Prof. _____ non intravede patologie alle articolazioni coxofemorali, descrivendole come regolari. Per quanto riguarda la valutazione del peso corporeo, concordo con la critica del Dr. _____, ossia che la [...] paziente presenta al massimo un leggero sovrappeso che rimane ininfluenza sulla sua capacità lavorativa dal lato strettamente reumatologico. Non potendo sostenere la diagnosi di spondiloartrite assiale neanche dopo la recente valutazione del Prof. _____, esperto in radiologia muscolo scheletrica, giungo [...] ad una valutazione diversa delle risorse fisiche dell'assicurata rispetto al medico di famiglia rispettivamente del reumatologo curante. Per i motivi soprariassunti non posso dunque discostarmi dalla mia valutazione delle risorse fisiche e di conseguenza della capacità lavorativa dell'assicurata, espressa al momento della valutazione peritale con visita del 29 aprile 2022. Parte integrante di questa mia rivalutazione risulta anche la perizia radiologica espletata dal Prof. _____, primario della clinica di radiologia _____, datata 8.2.2023." Con annotazione del 3 novembre 2022 il medico SMR (doc. 61 incarto AI), preso atto delle refertazioni dei curanti e degli esiti delle risonanze del 15 settembre 2022, ha osservato che i rapporti dei curanti erano "differenti valutazioni dello stesso stato di salute dell'A. già valutato dal Dr. med. _____ (perizia del 29.04.2022 e complemento del 17.05.2022)", confermando il suo ultimo rapporto. Valutata attentamente tutta la refertazione medica di cui sopra, questa Corte non ha motivi di scostarsi dalle conclusioni del dr. _____ circa lo stato valetudinario dell'assicurata e della sua capacità lavorativa residua. Egli, specialista in reumatologia, ha infatti analizzato in modo critico la refertazione medica agli atti, confrontandosi attivamente con le singole censure dei curanti ed avendo disposto ulteriori accertamenti che hanno avvalorato la sua valutazione, in particolare la valutazione delle risonanze magnetiche esperita dal dr. _____ quale specialista esterno. La ricorrente non può quindi rimproverare al medico SMR di aver cambiato idea in modo "acritico", giacché egli inizialmente aveva a disposizione esclusivamente la documentazione dei curanti quale base di valutazione, mentre una volta acquisita la refertazione medica dalla _____ ha, a ragione, ritenuto la valutazione del medico fiduciario molto più esaustiva e convincente.

2.6.4. Nelle more del ricorso la ricorrente ha prodotto ulteriore refertazione medica, e meglio il referto radiologico del 27 febbraio 2023 del dr. _____ (specialista in radiologia) (XII, allegato F), la risonanza magnetica del 24 febbraio 2023 della zona lombare dell'assicurata a cui il dr. _____ (specialista in reumatologia) ha apposto l'indicazione "Protrusioni" (XII, allegato G), il certificato medico del dr. _____ del 6 marzo 2023 attestante un peggioramento dello stato di salute dal 24 febbraio 2022 ribadendo come le risultanze mediche fossero "patognomiche per una spondiloartrite sieronegativa" e attestando un'incapacità lavorativa del 50% in ogni attività a partire dal 24 febbraio 2022 (XII, allegato H), il certificato del 23 marzo 2023 del dr. _____ secondo cui "RMI lombo-sacrale e sacro-iliache e bacino effettuata il 27 febbraio 2023: mette in evidenza progressione del quadro degenerativo osseo e discale del rachide lombare. Presenta inoltre lievi peggioramenti della enteropatia dei piccoli glutei" (XII, allegato I) e il rapporto del dr. _____ (specialista in radiologia) del 22 aprile 2023 inviato al curante dr. _____ (XII, allegato L). Ha inoltre prodotto lo scritto dell'11 luglio 2023 della _____ contenente la seguente presa di posizione del medico fiduciario: "In base alla [nuova, n.d.r.] documentazione messami a disposizione [...]

l'attuale inabilità lavorativa parziale certificata dal medico curante Dr. med. _____ [è, n.d.r.] un peggioramento da ricondurre alle medesime patologie già ampiamente diagnosticate sia in sede peritale che da parte del medico curante reumatologo" (XVI, allegato M). Questa Corte rileva che le succitate refertazioni si riferiscono ad un asserito peggioramento successivo alla decisione impugnata, ossia al 24 febbraio 2023, data della RMI lombare e della RMI del bacino nativa. A tal proposito, si rammenta che per costante giurisprudenza il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in concreto dunque il 27 dicembre 2022 (cfr. supra consid. 1.5.). Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020 consid. 2.11). Conseguentemente, in applicazione della surriferita giurisprudenza i citati certificati non sono in casu decisivi ai fini del giudizio. Tutto bene considerato, le refertazioni prodotte dall'insorgente durante la procedura amministrativa e in questa sede non sono suscettibili di mettere in dubbio le conclusioni del medico SMR, il quale pur non eseguendo degli approfondimenti di carattere medico, ha fatto proprie – in particolare – le esaustive, aggiornate e puntuali valutazioni del dr. _____. Per tacere del fatto che, di principio, in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. supra consid. 2.5.). Pertanto, la valutazione medica del SMR va confermata. Non si può tuttavia escludere – vista la presa di posizione del medico fiduciario (cfr. supra consid. 1.10.) e la natura degenerativa dell'affezione reumatologica – che, successivamente all'emanazione della decisione impugnata, la situazione valetudinaria dell'assicurata sia peggiorata, circostanza da verificare contestualmente ad un'eventuale nuova domanda di prestazioni. 2.7. Come detto (cfr. supra consid. 2.6.1.), la ricorrente non ha contestato la valutazione economica operata dall'Ufficio AI ed il TCA non ravvisa motivi per discostarsene. 2.8. La decisione del 27 dicembre 2022 va in ogni caso modificata. Infatti, il medico SMR ha concluso (cfr. supra consid. 2.6.4. in fine) che l'insorgente ha riacquisito la piena capacità lavorativa in ogni attività dal 28 giugno 2022 (cfr. supra consid. 1.4.). Ne consegue che l'insorgente ha diritto ad una rendita AI con grado del 50% dal 1. novembre 2021 (scadenza dell'anno d'attesa) – con versamento dal 1. marzo 2022 (sei mesi dopo la richiesta di prestazioni, trattandosi di una domanda tardiva) – al 30 settembre 2022 (tre mesi dopo il miglioramento constatato, art. 88a cpv. 1 OAI; per il calcolo vedasi ad esempio la STF 9C_996/2010 del 5 maggio 2011 consid. 8.). Visto quanto precede, anche se per un motivo non invocato dalla ricorrente, in parziale accoglimento del ricorso la decisione impugnata va modificata nel senso sopra indicato. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1f bis LAI nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico della ricorrente nella misura di fr. 450 e dell'Ufficio AI nella misura di fr. 50. Considerato il parziale accoglimento del gravame anche se per motivi non invocati dalla

ricorrente (STF 9C_580/2010 del 16 novembre 2010 consid. 4.1 e 9C_288/2015 del 7 gennaio 2016 consid. 4.2.), si giustifica l'assegnazione di ripetibili (parziali) in ragione di fr. 200.

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