

TI_GERICHTE 32.2025.9 vom 8. Mai 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-05-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.9

FR: TI_GERICHTE 32.2025.9 du 8 mai 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2025.9 del 8 maggio 2025

Erwägungen

E. 8

cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui agli artt. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI, in vigore dal 1° gennaio 2022 e qui dunque applicabile, il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). Secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita

(DTF 129 V 222). 4. Il 2 ottobre 2023 (doc. 8) l'assicurata ha chiesto di beneficiare di prestazioni dall'assicurazione invalidità essendo affetta da disturbi al polso, al braccio e alla spalla sinistri, che l'hanno resa inabile al lavoro dal 26 maggio 2023 (doc. 62) e l'hanno portata ad essere visitata da alcuni specialisti parallelamente al medico di famiglia, dr. _____, FMH medicina interna generale, che ha sin da subito, e sempre, certificato un'inabilità lavorativa totale (docc. 61, 62, 66, 68 e 69). La radiografia effettuata al polso sinistro il 3 luglio 2023 era negativa e il PD dr. med. _____, specialista in chirurgia della mano presso la Clinica _____ di _____ che l'ha visitata quello stesso giorno, ha rilevato che i dolori risultavano di natura non determinata al polso sinistro con sospetta sinovite cronica dei tendini estensori e dei flessori. A quel momento non aveva una chiara diagnosi, indicando che poteva trattarsi di una sinovite cronica dell'estensore ulnare del carpo e del flessore radiale del carpo così come dei flessori delle dita, chiedendo perciò di eseguire una risonanza magnetica, avvenuta dieci giorni dopo. Il 26 luglio 2023 lo specialista ha certificato un'inabilità lavorativa del 100% dal 26 luglio al 4 settembre 2023 e ha posto la diagnosi di sospetto di fibromialgia con sintomatologia prevalente al polso sinistro. Dalla artro-risonanza magnetica della spalla sinistra effettuata l'8 agosto 2023 è risultata una modesta tendinosi del sovraspinato per una lesione SLAP tipo 2 del labbro glenoideo, per una minima borsite subacromiodeltoide e il 4 settembre 2023 (doc. 63) il dr. med. _____, specialista in chirurgia ortopedica, ha certificato un'inabilità lavorativa del 100% fino al 31 ottobre 2023. Nel referto del 13 ottobre 2023 (doc. 64) il chirurgo ortopedico ha osservato che " Quanto emerso dall'accertamento eseguito non può giustificare la sintomatologia lamentata dalla paziente; è possibile che la lesione evidenziata all'Arthro-RM possa dare problemi in futuro nel momento in cui dovesse iniziare ad eseguire attività oltre l'altezza dell'orizzonte a livello sportivo o lavorativo. ". Il 30 ottobre 2023 (doc. 65) il dr. med. _____, FMH in reumatologia, ha posto le diagnosi di Dolori agli arti superiori soprattutto il sinistro con tendinite dei flessori e degli estensori, periartropatia della spalla sinistra con lesioni parziali del sovraspinato, sospetta scapola alata; DD Fibromialgia localizzata. Rifacendosi alla sua precedente visita del 19 ottobre, ha escluso la presenza di una malattia reumatica infiammatoria. Visto il sospetto di una scapola alata e la sintomatologia della paziente, lo specialista ha suggerito una valutazione neurologica che, se si fosse rivelata positiva, avrebbe portato a una fibromialgia a quel momento localizzata all'emicorpo superiore in particolare a sinistra. La visita neurologica del 21 novembre 2023 (doc. 67) con elettro-neuromiografia dell'arto superiore sinistro eseguita dal dr. med. _____ è risultata normale, perciò non v'erano indizi per una polineuropatia o una plessopatia o qualsiasi altro problema postganglionare. Il dolore non aveva caratteristiche neuropatiche, ma piuttosto muscolo-tendinee; non v'erano quindi né segni clinici né strumentali per un danno primariamente neuropatico alla base dei sintomi della paziente. Su mandato dell'assicuratore malattia per perdita di guadagno, il 15 gennaio 2024 il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, ha visitato l'assicurata e nel rapporto del giorno seguente (doc. 70) ha riassunto gli atti messi a disposizione, i dati soggettivi dell'interessata, ha esposto l'anamnesi (sistematica e sociale) e i risultati dell'esame obiettivo sia del sistema locomotore (colonna vertebrale e articolazioni periferiche) concludendo per 5 su 18 punti fibromialgici positivi, ripartiti unicamente al cingolo cervico-scapolare e al braccio sinistro, sia del sistema nervoso cursorio. Riportato nella sua valutazione l'istoriato clinico dell'assicurata, il medico fiduciario ha concluso che " Sulla base dei dati raccolti, l'unica patologia strutturale finora acquisita, come anche confermata dallo specialista in chirurgia ortopedica Dr. _____, è una lesione SLAP tipo 2 del

labbro glenoideo all'artroresonanza magnetica della spalla sinistra, l'8.8.2023; questa potrebbe generare dolori meccanici ai movimenti della spalla sinistra sopra il piano orizzontale; gli ulteriori dolori lamentati dall'assicurata all'arto superiore sinistro, meno a quello destro, non hanno trovato una spiegazione strutturale prevalentemente probabile alla diagnostica finora praticata; anche l'attuale valutazione reumatologica peritale non ha potuto riscontrare patologie aggiuntive a quelle già documentate agli atti, in particolare sinoviti alle articolazioni degli arti superiori e inferiori. Di conseguenza, come già segnalato dai medici che hanno avuto in cura l'assicurata fino alla data attuale, non vi è un target terapeutico in grado di influenzare la sintomatologia algica lamentata dall'assicurata. In estrema sintesi i dolori accusati dall'assicurata non possono essere attribuiti ad una patologia inerente al mio campo di specialità e di conseguenza, in ambito reumatologico, non intravedo limiti funzionali atti ad incidere sulla capacità lavorativa. L'assicurazione dovrà prendere atto di quanto suggerito dallo specialista in chirurgia ortopedica della spalla Dr. _____, nello scritto del 13.10.2023, ossia che l'assicurata non dovrebbe svolgere attività oltre l'altezza dell'orizzontale a livello sportivo e lavorativo. ". Il reumatologo ha quindi posto le diagnosi di Dolori cronici agli arti superiori prevalentemente a sinistra, di non chiara eziologia e di Nota lesione SLAP tipo 2 del labbro glenoideo alla spalla sinistra. A suo dire, l'inabilità lavorativa del 100% in essere certificata dai curanti non era spiegata con una patologia inerente al suo campo di specialità. Il dr. med. _____ ha preso posizione il 2 (doc. 71) e il 12 febbraio 2024 (doc. 72) sul referto fiduciario del dr. _____, affermando che quest'ultimo non ha però confutato l'inabilità lavorativa in essere e che si è espresso favorevolmente in merito ad ulteriori accertamenti, previsti presso l'Universitätsspital di _____, volti ad indagare i dolori a livello cervicale irradianti agli arti superiori, accompagnati da cefalea, che erano invalidanti, tanto che l'interessata non era più in grado di eseguire i lavori domestici ed erano accompagnati da disturbi del sonno. Con questi scritti il curante ha voluto contestare la decisione di sospensione del versamento delle indennità giornaliere per perdita di guadagno. Al riguardo si è espresso il 28 febbraio 2024 (doc. 73) il dr. med. _____, rilevando che essi non contenevano nuovi elementi oggettivi non già noti al momento della sua visita reumatologica, perciò non aveva motivo di discostarsi dalle sue conclusioni. Il 5 marzo 2024 (doc 75) l'assicurata è stata visitata e dall'11 al 14 marzo 2024 (doc. 78) ricoverata nel reparto di reumatologia dell'Ospedale universitario di _____ per accertamenti, al termine dei quali il dr. med. _____ ha posto la diagnosi di Sindrome cervico-spondilogenica a sinistra con manifestazione iniziale nel 2023 con all'esame clinico una scapola alata a sinistra, miogelosi, protrazione delle spalle bilaterali, risonanza magnetica della spalla che ha rilevato una moderata tendinopatia del tendine sovraspinoso e lesione dello SLAP di tipo 2. In assenza di deficit radicolari i medici che l'hanno avuto in cura non hanno effettuato una RM della colonna cervicale, mentre visto il decorso cronico in atto da quasi due anni, resistente a un trattamento fisioterapico intenso e duraturo e senza un chiaro miglioramento, il grado di sofferenza e le conseguenti ripercussioni socioeconomiche, essi hanno proposto una terapia multimodale del dolore. L'obiettivo era un trattamento localizzato del dolore con fisioterapia, ergoterapia e una valutazione psicologica. La Clinica di reumatologia ha attestato un'inabilità lavorativa fino al 30 aprile 2024 (doc. 77). Pronunciatosi l'8 aprile 2024 (doc. 79) sui due rapporti specialistici della predetta clinica universitaria, il dr. med. _____ ha concluso che i colleghi " non sono stati in grado di oggettivare ulteriori alterazioni strutturali non già note al momento della valutazione peritale del sottoscritto, prevedendo di conseguenza un trattamento multimodale del dolore con valutazione

psicologica presso un centro di competenza in Ticino, attestando un periodo d'inabilità lavorativa completa circoscritto, menzionato sopra, che va riconosciuto temporaneamente come pure il periodo durante il quale l'assicurata rimarrà degente presso la struttura auspicata dai colleghi universitari " (pag. 3). Il 6 maggio 2024 (doc. 81) il reumatologo si è espresso pure sulle osservazioni del rappresentante legale dell'assicurata inviate all'assicuratore malattia, rilevando che quando si parla di sindrome cervicospondilogenica si intende un dolore a partenza cervicale verso gli arti superiori, non causato da una compromissione radicolare, prova ne è che i colleghi reumatologi universitari non l'hanno sottoposta a una RM cervicale in assenza di deficit radicolari. Lo specialista ha spiegato che avere una diagnosi simile non significa automaticamente che il medico ne conosca l'effettiva causa e ha rilevato che nella sua prima valutazione ha riconosciuto i limiti funzionali stabiliti dal chirurgo ortopedico della spalla. Egli ha inoltre ricordato che il neurologo dr. _____ aveva concluso che non v'erano segni clinici e/o strumentali per un danno primariamente neuropatico alla base dei sintomi dell'interessata, tanto che non prevedeva ulteriori accertamenti in ambito neurologico, conclusione con cui egli concordava. Lasciava invece all'assicuratore valutare la necessità di una perizia psichiatrica stante la Sindrome del dolore cronico di cui soffriva l'assicurata, che avrebbe potuto incidere sulle sue risorse fisiche. In conclusione, dal profilo reumatologico il medico specializzato non è giunto a una diversa valutazione delle risorse fisiche dell'assicurata e quindi della sua capacità lavorativa. La dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha quindi valutato l'assicurata fiduciarmente il 27 maggio 2024 dalle 11.30 alle 12.50 e nel rapporto del 3 giugno 2024 (doc. 83) ha esposto la situazione attuale (riassumendo anche le prese di posizione del dottor _____ e indicando che l'assicurata non è stata valutata da uno psichiatra), l'anamnesi (familiare, fisiologica, scolastica, lavorativa e sociale, somatica, psichiatrica), i disturbi soggettivi attuali e l'esito dell'esame clinico secondo AMDP-System (al colloquio la psichiatra non ha rilevato segni di ansia o depressione, il tono dell'umore era normale, non presentava deficit cognitivi né disturbi psicotici; lo status psichico oggettivato era normale). La specialista ha quindi formulato le diagnosi di Fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari: ICD-10: Z75.1 (persona in attesa di ricovero per cure), ICD-10: Z73.3 (stress non classificato altrove) e Bulimia nervosa ICD-10: F50.2 in remissione. Nella valutazione la psichiatra ha rilevato che l'assicurata era dotata di buone risorse e capacità che ha saputo applicare nei diversi ambiti della vita, senza fino a quel momento necessitare di cure psichiatriche o psicologiche anche quando confrontata con fattori avversativi sia nell'infanzia che nella vita adulta, in ambito familiare e lavorativo, con sviluppo di bulimia nervosa ricorrente nei periodi di maggior stress; da due anni lamentava dolori agli arti superiori prevalentemente a sinistra. La psichiatra ha poi passato in rassegna le varie categorie a livello diagnostico (ICD-10: F10-69), escludendo che l'assicurata presentasse un disturbo inseribile in una o più categorie. Essa ha pure escluso espressamente una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4), visto che l'assicurata non riportava alcun conflitto emozionale o problema psico-sociale che potesse essere individuato come fattore causale principale della Sindrome algica persistente lamentata. L'interessata riteneva che questa sindrome fosse la conseguenza del tipo di lavoro svolto per le sollecitazioni fisiche a cui era esposta e al carico lavorativo a cui era sottoposta. Secondo i reumatologi la Sindrome algica lamentata poteva essere almeno in parte spiegata da una malattia somatica. I problemi finanziari erano conseguenza non della sindrome algica, ma della sospensione delle indennità per perdita di guadagno a gennaio 2024. Per il medico fiduciario, l'assicurata

era confrontata con fattori che influenzavano lo stato di salute classificabili come ICD-10: Z75.1 e ICD-10: Z73.3. La bulimia nervosa era invece in remissione. La dr.ssa _____ ha così concluso il suo referto: " Al di là delle diagnosi categoriali l'assicurata non presenta alcun deficit delle funzioni dell'Io esecutive, percettive, decisionali, previsionali e consequenziali. Secondo il MINI ICF-APP non presenta alcun deficit delle competenze, del rispetto delle regole, del giudizio, dell'assertività, della flessibilità, della mobilità e della relazione con gli altri. Presenta un deficit della persistenza legato alla sindrome algica lamentata. Dal lato medico psichiatrico l'incapacità lavorativa certificata al 100% non è giustificata [ndr: non essendoci] deficit psichici e funzionali rilevabile al MINI ICF-APP che incidono sulla sua funzionalità anche in ambito lavorativo. L'assicurata è seguita un trattamento psicoterapico ed assume una terapia antidepressiva ed ansiolitica serale senza beneficio sull'insonnia. Necessaria l'introduzione di un ipnotico vista l'insonnia. Vista l'evoluzione già parzialmente favorevole dei sintomi dalla certificata IL e il lieve deficit della flessibilità e della persistenza si ritiene possibile un miglioramento ulteriore del suo stato nelle prossime 4 settimane con ripresa del ruolo lavorativo al 100% dal 28.06.2024. " (pag. 7). Nel rapporto finale del 6 agosto 2024 (doc. 41) la dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale ha riproposto le diagnosi con e senza ripercussione sulla capacità lavorativa dell'interessata rilevate dai medici fiduciari interpellati dall'assicuratore per perdita di guadagno e dai reumatologi dell'Ospedale universitario di _____. Essa ha concluso per un'inabilità lavorativa totale dal 26 maggio 2023, nulla dal 1° febbraio 2024, del 100% dal 5 marzo 2024 e nulla dal 28 giugno 2024, sia nell'attività abituale di aiuto farmacista sia in attività adatte al suo stato di salute. Lo stesso giorno (doc. 40) l'Ufficio assicurazione invalidità ha quindi emesso il progetto di decisione di rifiuto delle prestazioni per assenza di inabilità lavorativa per almeno un anno. Con le osservazioni al progetto di decisione di rifiuto delle prestazioni l'assicurata ha prodotto i referti relativi alla degenza dall'8 luglio al 14 agosto 2024 (doc. 48) presso la Clinica _____ di _____, che hanno posto la diagnosi principale di Sindrome da dolore cronico multidistrettuale, di origine indeterminata DD psicosomatica. I medici hanno in particolare rilevato che il soggiorno è trascorso in modo regolare e senza problematiche cliniche di rilievo, ma il decorso è stato solo parzialmente favorevole. Alla dimissione l'interessata era autonoma in tutte le attività della vita quotidiana e nella mobilitazione, senza alcun limite sia in ambiente protetto sia esterno, ma riferiva una sintomatologia dolorosa sostanzialmente invariata, a tratti con fluttuazioni in senso peggiorativo associate a profonda stanchezza. Per questo motivo, i curanti hanno concordato una presa in carico specifica per i disturbi di tipo somatoforme presso la Clinica di Neurologia di _____ e hanno certificato un'inabilità lavorativa del 100% fino al 15 settembre 2024. Il 22 ottobre 2024 la dr.ssa _____ della predetta clinica ha visitato l'assicurata e nel suo rapporto medico del 15 novembre 2024 (doc. 52) ha posto le diagnosi principali di Sindrome dolorosa cronica a probabile eziologia polifattoriale con/su interessamento prevalente agli arti superiori, probabile trigger sulla seconda diagnosi, componente pseudoradicolare, componente funzionale, sospetta fibromialgia; Periartrite omero-scapolare sinistra con/su RMN spalla: modesta tendinosi del sovraspinato, lesione SLAP tipo 2 del labbro glenoideo, minima borsite SAD; Cefalea tensiva episodica contestuale alla prima diagnosi. Inoltre, ha indicato che l'esame neurologico dettagliato era nella norma, non ha evidenziato deficit stenici o di sensibilità. La neurologa ha consigliato una RM cervico-dorsale, un controllo reumatologico e una terapia modulante la soglia del dolore, che la paziente non ha però voluto introdurre. Il rapporto finale che ne è seguito il 4 dicembre 2024 (doc. 54), e che

sostituiva il precedente del 6 agosto 2024 a seguito della nuova documentazione prodotta in fase di audizione, ha riassunto la situazione medica e ha ribadito le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa (Dolori cronici agli arti superiori prevalentemente a sinistra, di non chiara eziologia; Spalla sinistra: lesione SLAP di tipo 2 del labbro glenoideo, periartrite omero-scapolare sinistra, DD sindrome cervico-spondilogenica DD fibromialgiforme, scapola alata sinistra, deviazione della colonna vertebrale a sinistra, moderata tendinopatia del tendine sovraspinato) e vi ha aggiunto le ultime individuate dalla neurologa (Sindrome dolorosa cronica a probabile eziologia polifattoriale, RM cerebrale senza particolarità; Cefalea tensiva episodica: contestuale alla Sindrome dolorosa cronica e paracetamolo al bisogno) e senza ripercussione (sostanzialmente le diagnosi individuate dalla psichiatra dr.ssa med. _____). La dr.ssa _____ ha indicato che non c'erano delle limitazioni funzionali, nemmeno di carico, ma ha osservato che la dr.ssa _____ ha rilevato persistente stanchezza ed affaticamento precoce. Nello stabilire la capacità lavorativa nell'attività abituale e in attività adeguate il medico SMR ha riproposto i medesimi periodi indicati in precedenza, a cui ha aggiunto un'inabilità lavorativa del 100% durante la degenza alla Clinica _____, poi nulla dal 15 agosto 2024. Nelle osservazioni finali il Servizio Medico Regionale ha rilevato che non sono stati forniti nuovi certificati di inabilità lavorativa o nuovi fatti clinici e che " Il reumatologo perito, la psichiatra perita e la neurologa Dott.ssa _____ non trovano particolarità nei loro rispettivi campi. ". L'Ufficio assicurazione invalidità ha quindi emanato la decisione dell'11 dicembre 2024 di conferma del rifiuto delle prestazioni sempre per assenza di almeno un anno di inabilità lavorativa. Pendente causa l'insorgente ha prodotto il rapporto del 24 aprile 2025 (doc. HH) del dr. med. _____, il quale ha allegato alcuni documenti medici già agli atti dell'amministrazione (referti della Clinica _____ di _____, della Clinica di Neurologia di _____ del 15 novembre 2024, dell'Ospedale universitario di _____ del 6 marzo 2024, del dr. _____ del 30 ottobre 2023) ed altri nuovi (referto radiologico RM colonna cervicale nativa e RM colonna dorsale nativa del 21 novembre 2024, rapporti del 30 gennaio 2025 e del 25 febbraio 2025 della Clinica di Neurologia di _____, rapporto del 27 febbraio 2025 della _____ di _____, referto dell'8 settembre 2023 del dr. med. _____ e referto del 19 ottobre 2023 del dr. _____). Il dr. _____, FMH medicina interna e generale, specialista in medicina psicosomatica e psicosociale, ha valutato l'assicurata durante cinque incontri di un'ora e mezza ciascuno dal 13 marzo 2025 su segnalazione del medico curante e l'ha inquadrata con le seguenti nuove diagnosi: " 1. Disturbo da dolore cronico con fattori somatici e psichici (F45.41 secondo ICD-10 GM2018), disturbo del sonno e da stanchezza cronica con/su: 1.1. Clinica d'esordio: sindrome cervicospondilogenica recidivante e dolori degli arti superiori soprattutto a sinistra con tendinite dei flessori e degli estensori (Dg. 2022) 1.2. Consultazione clinica Reumatologica _____ 26.2.2025 (Dr. med. _____): sindrome cervicale-toraco-lombo-vertebrale con ipermobilità assialmente accentuata, schiena piatta con insufficienza posturale toracica e addominale, disfunzioni segmentali intervertebrali e costovertebrali, infiltrazione attacco M. levator scapulae bilaterale (5 mg Kenakort e Lidocain) senza riferito beneficio sul dolore. 1.3. Consulti _____ clinica di neurologia 22.10.2024, 21.1.2025 e 25.2.2025 (ENMG) (dr.ssa _____): Sindrome dolorosa cronica a probabile eziologia polifattoriale, con/su: clinica: interessamento prevalente agli arti superiori, probabile trigger su periartrite omero-scapolare sinistra, componente pseudoradicolare, componente funzionale, sospetta fibromialgia. 1.3.1. ENMG 25.52.2024: normali neurografie e miografie ai 4 arti 1.3.2. RM

cervico-dorsale (20.11.2024): metameri del rachide cervico-dorsale appaiono normoallineati. Rettilineizzazione della lordosi cervicale. Angiomi vertebrali di C7 e Th1. Complesso disco-osteofitario in C3-C4 con minima riduzione del diametro neuroforaminale dx. Non si documentano ernie discali né evidenti conflitti radicolari ai livelli inclusi nello studio. Normale l'ampiezza del canale rachideo centrale del tratto visualizzato. Il midollo presenta normale morfologia e segnale. (...) 1.7. Esiti di incidenti della circolazione (senza visite mediche, solo rapporti di Polizia) con possibili traumi da accelerazione-decelerazione cranio-cervicale/attivazione di sindrome post-traumatica (eventi trigger) (...) 2. Problematiche psichiatriche: 2.1.1 Probabile Post-traumatico embitterment disorder DD disturbo di modifica di personalità da dolore cronico, altro disturbo di personalità 2.1.2. Disturbo del comportamento alimentare (bulimia senza vomito, abbuffate) dal 2009 (seguita da psicoterapeuta a _____, visita psichiatrica) senza reale presa a carico 2.2. Progressi traumi psicologici 2.2.1. problematica conflittuale sull'ultimo posto di lavoro (come assistente nella produzione di farmaci fitoterapici), licenziamento nel 2023. 2.2.2. lutto complicato (decesso del compagno 16 anni fa, 2009) 2.2.3. in giovane età (4-6 anni molestie) (...). Il dr. _____ ha poi esposto l'anamnesi, l'inquadramento del caso psicosomatico, l'esito della valutazione Mini ICF-APP e le sue conclusioni. In particolare, all'esame clinico mirato ha rilevato un umore decisamente deflesso, con l'assicurata molto attivata emotivamente e sofferente nella sua situazione, seppur poco consapevole dell'atteggiamento tendenzialmente rivendicativo-aggressivo, tendeva a spostare l'origine dei propri disturbi agli avvenimenti esterni e non riusciva a dare un senso a quanto le è accaduto; era presente e vivo un forte sentimento di abbandono. Al capitolo sull'inquadramento del caso psicosomatico, il medico ha evidenziato che sono emersi vari aspetti che non sono stati approfonditi, in particolare gli incidenti automobilistici e il disturbo del comportamento alimentare che si sarebbe protratto negli anni e che l'interessata avrebbe in gran parte gestito autonomamente senza rivolgersi a un aiuto professionale. A suo dire, era poi significativo che per l'assicurata si è cercato di trovare una soluzione sul piano prettamente somatico, con accertamenti reumatologici, ortopedici e neurologici, che in sede peritale hanno concluso per l'assenza di una patologia non oggettivabile/psicosomatica. Egli ha quindi elencato una serie di incongruenze e di punti che necessitavano di approfondimento dal profilo soprattutto psichico, rilevando inoltre che la perizia reumatologica non teneva conto degli aspetti psichiatrici, che sono stati indagati in un secondo momento e senza un confronto tra i periti per avere un quadro più completo. Dagli atti e dalle visite avute con la paziente è emerso che " ha sviluppato una problematica, iniziata da un sovraccarico fisico al braccio sinistro dal 2022. La storia di vita narrata dalla paziente è intrisa di vari eventi traumatogeni o perlomeno potenzialmente tali e in ambito psichico-psicosociale ", che lo specialista ha esposto in 7 punti, per concludere che " Siamo confrontati con una paziente che tutto sommato sembra funzionare bene nella vita (supera senza problemi le scuole, il lutto del compagno deceduto in circostanze tragiche, riprende a lavorare occupandosi della figlia, sviluppa un disturbo del comportamento alimentare e si cura da sola al punto di andare in remissione spontanea). Emergono però delle situazioni e dei tratti caratteriali che perlomeno dovrebbero farci porgere alcune domande e necessitano di un approfondimento. Il fatto che la paziente sia poco prona a mantenere una relazione terapeutica e le modalità messe in atto parlano piuttosto per un probabile disturbo soggiacente della personalità per cui la paziente si relaziona nella vita in modo "meccanicistico" e con poca consapevolezza del suo stato di necessità. Non è quindi secondo me improbabile, ma anzi molto verosimile che ad un certo punto la paziente non

abbia più retto il carico (di accudimento della figlia e della gestione lavorativa). Già la presenza di un disturbo da insonnia e del comportamento alimentare precedenti la sindrome dolorosa sono dei segnali che la paziente presenta un disfunzionamento in ambito psicologico maggiore. ", origine psicosomatica alla base della sintomatologia algica già sospettata nel ricovero riabilitativo. Secondo l'internista, specialista in medicina psicosomatica e psicosociale, l'assicurata ha sviluppato una sindrome da dolore cronico con fattori somatici (lesione della spalla, sindrome cervicale-toraco-lombo-vertebrale con ipermobilità assialmente accentuata, schiena piatta con insufficienza posturale toracica e addominale, disfunzioni segmentali intervertebrali e costovertebrali) e psichici (visti i precedenti e che necessitano di ulteriori approfondimenti a sapere se c'è la presenza di un disturbo del funzionamento della personalità e altri problemi psichici quale il disturbo del comportamento alimentare). Anche l'incidente stradale potrebbe avere attivato, a livello inconscio, un ulteriore sovraccarico emotivo represso, con non solo ripercussioni somatiche. Egli ha quindi avanzato l'ipotesi diagnostica di essere confrontato con una configurazione tipicamente riscontrabile nel disturbo da dolore cronico con fattori somatici e psichici (ICD-10: F45.41), in cui la manifestazione (il dolore) è il segnale del disagio maggiore presente a livello inconscio (fattori psichici). La presa a carico di questo disturbo complesso richiede un inquadramento diagnostico inclusivo e una coordinazione delle terapie. Nel suo rapporto il dr. med. _____ ha poi esposto l'esito della valutazione del disfunzionamento dell'assicurata effettuato il 15 aprile 2025 con il test Mini ICF-APP, in cui ha rilevato delle disabilità da lievi a gravi e infine ha tratto le conclusioni seguenti: " Visto quanto formulato sopra, nel mio ambito di competenza, confermo che presso la paziente è presente una sindrome da dolore cronico con fattori somatici e psichici con insonnia e fatica cronica (triade sfavorevole). Non escludo anche che in un secondo momento possa essere rivista la diagnosi nel senso di un disturbo dissociativo-somatiforme (precedentemente escluso in sede peritale), ma sottolineo che queste diagnosi sono complesse e necessitano di una presa a carico nel tempo. Non da ultimo va ribadito che oltre alla diagnosi è preponderante l'impatto della situazione sul disfunzionamento (disabilità) che come rilevato appare più grave rispetto a quanto in precedenza riscontrato. Presso la paziente si rende pertanto necessario un approfondimento sul piano psichiatrico (disturbo del comportamento alimentare, disturbo di personalità, accertamento dei fattori psichici) ed una presa a carico multidisciplinare (fisioterapia, psicoterapia con approccio centrato sul corpo e sugli aspetti traumatici, tipo la psicoterapia cognitivo-comportamentale, le psicoterapie sul trauma come l'EMDR e la psicoterapia sensomotoria, ergoterapia sul piano fisico e psichiatrico) con una coordinazione degli interventi in ambito psicosomatico e psicosociale. L'impatto del disturbo e la necessità sia di una presa carico più intensa e completa giustifica attualmente un'inabilità lavorativa totale in qualsiasi professione ed è verosimile data l'evoluzione mostrata che corrisponda all'inabilità certificata in precedenza dal medico curante. Vista la vertenza legale in atto, in considerazione delle perizie indipendenti effettuate senza una coordinazione tra i periti che giungono a conclusioni a mio parere incomplete e poco precise, ritengo doveroso e necessario procedere ad una rivalutazione più approfondita e completa mediante una perizia bi-disciplinare (reumatologica-psichiatrica) ad esempio presso il _____ di _____". 5. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in

quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii; STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31) . 6. Nella fattispecie in esame, la ricorrente ha chiesto al TCA di rinviare gli atti all'amministrazione per sottoporla a una " perizia medica pluridisciplinare volta ad accertare le patologie mediche e le conseguenze assicurative legate alle problematiche patite. " (doc. I pag. 10), ritenendo che il parere del dr. _____ non fosse chiaro, avendo egli, a suo dire, posto delle diagnosi dubitative. L'insorgente ha ribadito questa sua richiesta, a maggior ragione, dopo avere preso atto della valutazione del 24 aprile 2025 del dr. _____, il quale ha concluso il suo rapporto affermando la necessità di procedere a una rivalutazione più approfondita e completa con una perizia reumatologica e psichiatrica. Valutata la documentazione agli atti, questo Giudice non ravvisa alcun motivo per non accogliere il ricorso secondo la proposta formulata dall'amministrazione nelle sue osservazioni del 6 maggio 2025, peraltro implicitamente condivisa dalla ricorrente la quale, in via subordinata nel suo primo memoriale, ha espressamente chiesto di " ritornare l'intero incarto della ricorrente all'UAI " (doc. I pag. 2) per effettuare una perizia medica pluridisciplinare. Infatti, per poter valutare l'eventuale diritto dell'insorgente a una rendita di invalidità, occorre innanzitutto fugare qualsiasi dubbio sul suo stato valetudinario. Considerato che sia lo stesso medico SMR che ha trattato il caso dell'assicurata (dr.ssa _____, specialista in medicina interna generale), sia anche il collega attivo presso questo Servizio (dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia) hanno rilevato il 5 maggio 2025 (doc. XVI/1+2) la necessità di procedere con una valutazione peritale bidisciplinare in campo reumatologico e psichiatrico per valutare le condizioni di salute dell'assicurata - e quindi mettendo, implicitamente, in dubbio quanto attestato con il rapporto finale SMR del 4 dicembre 2024 (doc. 54) -, un approfondimento medico risulta in casu imprescindibile. Infatti, nella DTF 137 V 210 l'Alta Corte ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (" Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen "; STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione (" Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem

bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”; STCA 32.2025.18 del 21 marzo 2025; STCA 32.2023.147 del 23 maggio 2024; STCA 32.2023.89+90 del 29 aprile 2024, consid. 2.10; STCA 32.2023.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023; STCA 32.2023.41 del 2 ottobre 2023; STCA 32.2023.18 del 24 luglio 2023; STCA 32.2021.29 del 30 agosto 2021). 7. Alla luce delle considerazioni esposte, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI, affinché proceda agli approfondimenti necessari in esito ai quali l'Ufficio AI emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata. 8. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola, pubblica. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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 favorevole del ricorso (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria, DTF 141 V 281 consid. 11.1; STF 8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1), le spese sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà alla ricorrente, patrocinata da un avvocato, un'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca), ciò che, per costante giurisprudenza federale, rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (docc. I e V) (DTF 124 V 309 consid. 6; STF 8C_32/2012 del 14 maggio 2012; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012; STCA 32.2023.147 del 23 maggio 2024; STCA 33.2023.15 del 13 novembre 2023; STCA 33.2021.19 del 28 novembre 2022; STCA 33.2021.14 del 14 marzo 2022).

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