

TI_GERICHTE 32.2017.211 vom 27. Oktober 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-10-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.211

FR: TI_GERICHTE 32.2017.211 du 27 octobre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.211 del 27 ottobre 2017

Erwägungen

E. 17

febbraio 2016 ed analizzando i referti del centro del dolore ha affermato che la lombosciatalgia L3 a destra aveva ben risposto all'infiltrazione e che non v'erano elementi per sospettare di una sintomatologia radicolare attualmente sintomatica. Una pregressa radicolopatia L3 a destra era già stata presa in considerazione in occasione della sua precedente valutazione, perciò sulla base di questo rapporto si doveva supporre che l'evoluzione della componente radicolare L3 rimanesse favorevole. Anche con riferimento alla valutazione del 13 marzo 2017 si doveva intendere che l'evoluzione della componente radicolare L3 sembrasse favorevole, visto che non si faceva riferimento a una possibile sintomatologia attualmente riferibile a questa particolare radice. La recente documentazione non portava nuovi dati rilevanti per gli aspetti neurologici, così è stato confermato il parere del 2016. La dr.ssa med. _____ si è pronunciata sul giudizio del dottor _____, affermando che quanto scritto dal collega non era altro che la conferma di quanto da lei descritto diffusamente e approfonditamente nel suo consulto del 25 luglio 2016, di cui ne ha ripreso degli estratti, evidenziando per ciò che riguardava i criteri diagnostici del disturbo di personalità che aveva stabilito la capacità lavorativa del 50% avvalendosi di valutazioni testistiche psicologiche in cui il disturbo di personalità borderline era apparso meno evidente e non erano state evidenziate gravi patologie. In quell'occasione la psichiatra aveva inoltre evidenziato come vi fossero ancora risorse interne da potere mettere in campo quali la tenacia, la volontà e la determinazione e che piuttosto che una terapia farmacologica era opportuno un supporto sia psicoterapeutico di tipo cognitivo-comportamentale o una terapia EMDR, sia di tipo sociale. Nello scritto del collega l'esperta non ha dunque ritrovato dati esplicativi di condizioni psicopatologiche nuove, subentrate dopo il suo consulto. Di fatto, le osservazioni del dottor _____ erano dunque ininfluenti, non hanno prodotto elementi di reale novità, anzi, hanno confermato la perita maggiormente nelle sue posizioni e appariva quindi difficile sostenere qualsiasi modifica alla sua posizione di allora. Infine, il cardiologo dr. med. _____ ha preso posizione sulle osservazioni del legale dell'assicurata, il quale ha criticato la diagnosi posta dal perito che, però, lo stesso Prof. dr. med. _____ ha affermato che sostanzialmente faceva riferimento alla lista di diagnosi posta dal curante. Pertanto, anche in tal caso il perito ha criticato le censure rivoltegli dall'avv. RA 1, non possedendo quest'ultimo le conoscenze specifiche per capire se le diagnosi indicate dai due cardiologi fossero differenti e se una fosse più corretta dell'altra. L'esperto ha poi descritto l'utilità e le prestazioni dell'apparecchio Reveal posizionato sotto cute all'assicurata nel giugno 2016, rilevando che però lo studio elettrofisiologico è stato eseguito solo 11 mesi più tardi. Egli ha inoltre osservato che nella lettera di uscita dal _____ si faceva riferimento a una recidiva sintomatica documentata con il Reveal. La questione centrale era dunque di potere determinare con una certa accuratezza il carico aritmico dell'assicurata e l'eventuale relazione con i disturbi clinici. Per questo motivo il

nosocomio avrebbe dovuto fornire la statistica dell'ultimo anno riguardo a frequenza degli eventi, durata, velocità del polso e sintomaticità nonché eventuale presenza di episodi non sintomatici o di sintomi non correlabili con l'aritmia. Solo dopo questa analisi oggettiva sarebbe stato possibile determinare se veramente solo i disturbi cardiologici affliggevano l'interessata o se bisognava pensare a un'ipotesi diversa. L'impossibilità di potere indurre delle tachiaritmie allo studio elettrofisiologico del 29 maggio 2017 avrebbe inoltre potuto indicare, oltre all'impossibilità di procedere a un trattamento efficace, che le aritmie non erano facilmente scatenabili e forse neanche così frequenti, fatto che avrebbe potuto relativizzare il loro impatto sul quadro clinico generale. A dire dello specialista, dunque, l'elemento principale da considerare per potere determinare l'influsso della patologia cardiaca sullo stato di salute e sulla qualità di vita dell'assicurata era il carico aritmico, ovvero la quantità e la durata delle aritmie e quindi di riflesso il loro influsso sulla situazione clinica. Se queste fossero state sporadiche e brevi, il loro ruolo avrebbe potuto essere marginale sia nell'eziologia dei disturbi accusati sia sulla prognosi quoad valetudinem, mentre quella quoad vitam rimaneva buona come già indicato nella precedente valutazione. Se invece l'interessata avesse presentato attacchi pressoché quotidiani e di lunga durata, la sua valutazione del 18 febbraio 2016 avrebbe dovuto essere modificata, altrimenti per il momento rimaneva invariata. Il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, preso atto delle conclusioni dei periti SAM del 23 ottobre 2017, l'indomani (doc. 238) ha confermato il rapporto medico SMR del 2016. Basandosi su queste conclusioni, con decisione del 27 ottobre 2017 (doc. A1) l'Ufficio AI ha ritenuto l'assicurata inabile al 50% come infermiera presso una casa anziani, mentre in attività adeguate allo stato di salute la limitazione era del 30%. È stato dunque confermato il progetto di riduzione della rendita a mezza rendita di invalidità. Con il ricorso del 29 novembre 2017 l'assicurata ha trasmesso al TCA l'estratto della perizia pluridisciplinare del 28 giugno 2011 (doc. 2) comprendente la diagnosi, la discussione con l'esposizione dei pareri specialistici, la valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa e le conseguenze sulla capacità lavorativa. Al Tribunale sono inoltre pervenuti il parere del Prof. dr. med. _____ del 28 giugno 2017 (doc. A4), il certificato dello psichiatra curante _____ del 4 luglio 2017 (doc. A5), la lettera di uscita del 7 luglio 2017 (doc. A3) della _____ e sei referti del _____ (docc. A6-A11), così come l'avviso per un'ulteriore infiltrazione il 1° settembre 2017 (doc. A12). Pendente causa la ricorrente ha prodotto il certificato medico del 4 dicembre 2017 (doc. A14) dell'ambulatorio di elettrofisiologia presso la _____, che riporta le diagnosi cardiologiche di: 1. Verosimile sincope neuromediata a prevalente componente vasodepressiva; 2. Disautonomia del nodo del seno con bradicardia marcata (durante terapia con propranololo) e verosimile tachicardia sinusale inappropriata; 3. Tachicardia atriale ectopica recidivante con, da ultimo, 2017: recidiva documentata al loop recorder di tachicardia atriale e ecocardiografia TT del 28 marzo 2017: FE 59%, lieve insufficienza mitralica. Nell'anamnesi è stato evidenziato che dalla dimissione a fine maggio, dove allo studio elettrofisiologico endocavitario era stata esclusa la presenza di aritmie sopraventricolari inducibili, l'assicurata aveva riferito discreto benessere. La stessa aveva avuto un episodio pre-lipotimico associato a cardiopalmo tachicardico che si era rivelato trattarsi di una tachicardia sinusale alla registrazione il 17 novembre 2017 del Reveal. Invece, il 26 novembre 2017 l'interessata ha avvertito un senso di battito mancante e, dopo pochi minuti, mentre era seduta a tavola, la sintomatologia si era ripresentata in maniera più accentuata e, nel spostarsi, ha perso conoscenza cadendo a terra riportando un trauma contusivo a livello

del fianco destro. Le registrazioni hanno permesso di ricondurre la sintomatologia di battito mancante a una fase di extrasistolia ventricolare monomorfa isolata, mentre il ritmo era sinusale normofrequente. Per il resto, l'interessata riferiva chiaramente una limitazione funzionale legata a un ritmo frequentemente tachicardico con cui ha imparato a convivere. Sono poi indicate la terapia domiciliare in essere, l'esito dell'ECG a riposo del 4 dicembre 2017 e del controllo del loop recorder del 4 dicembre 2017. Infine, nella discussione, gli specialisti hanno affermato che l'evento sincopale recente presentava una verosimile genesi neuro-mediata a prevalente componente vasodepressiva. Inoltre, in considerazione della non-inducibilità di aritmie sopraventricolari e dell'assenza di aritmie atriali documentate dal mese di giugno, essi sospettavano che le fasi frequenti di tachicardia sinusale limitante fossero una manifestazione di disautonomia del nodo seno con verosimile esaltato automatismo del nodo del seno con iperattività in seguito agli stress fisici ed emotivi. Sentito il Prof. dr. med. _____, è stata fornita all'assicurata una serie di accorgimenti per cercare di controllare gli eventi lipotimici su base neuro-mediata, quali un'idratazione appropriata, evitare la postura ortostatica prolungata ed eseguire le manovre di contropulsione in caso di prodromi. Visto il sospetto di tachicardie sinusali inappropriate, è stata modificata la terapia farmacologica. Per il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale che il 17 gennaio 2018 (doc. VIII/1) si è pronunciato sulla nuova documentazione medica, non v'era una sostanziale modifica dello stato di salute. L'evento sincopale era stato di verosimile causa vaso-vagale, problematica già nota e valutata. Pertanto, in assenza di una modifica dello stato di salute, egli ha confermato le conclusioni del Servizio Accertamento Medico. Al TCA sono infine pervenuti la convocazione per il 28 febbraio 2018 di una discografia presso il _____ e una ricetta medica per degli antidolorifici (docc. X/1 e X/2).

2.6. 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.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono

a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir

de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo , “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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 psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele

molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)". Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il

comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due recenti sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in:

www.bger.ch) . 2.8. Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire se vi sia stato un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurata rispetto alla precedente valutazione medica peritale pluridisciplinare avvenuta nel corso dei mesi di ottobre e novembre 2010 – rapporto peritale SAM del 28 giugno 2011 (doc. 122) e rapporto finale SMR del 12 luglio 2011 (doc. 123) -, che nel 2012 ha portato alla concessione di una rendita di invalidità di tre quarti. I periti del Servizio Accertamento Medico che hanno valutato la ricorrente nel mese di febbraio 2016 hanno concluso che, rispetto alla precedente perizia, globalmente lo stato di salute dell'assicurata risultava leggermente migliorato per l'aspetto psichiatrico, leggermente migliorato per l'aspetto cardiologico, migliorato per quello reumatologico (dopo periodi transitori di peggioramento) e invariato per quello neurologico. 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 di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Su invito del Servizio Medico Regionale, è infatti stata disposta una perizia pluridisciplinare che ha approfonditamente indagato quattro campi: reumatologico, neurologico, psichiatrico e cardiologico, e per la quale sono stati nominati quattro medici specializzati nelle singole discipline. Questi ultimi hanno individualmente esaminato di persona l'assicurata, addentrandosi nell'anamnesi, nei disturbi soggettivi, nell'esame clinico oggettivo da essi stessi eseguito, nelle terapie in atto, negli esiti di esami diagnostici effettuati in passato e di quelli da loro stessi disposti e hanno posto le rispettive diagnosi di competenza, traendo infine le proprie conclusioni sulla capacità lavorativa della ricorrente nella sua abituale attività di infermiera in casa anziani, di infermiera in attività leggere, in attività adeguate leggere e come casalinga. Contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente per il tramite del suo patrocinatore (doc. VI punto 2b pag. 4), i periti del SAM si sono a tutti gli effetti espressi congiuntamente sull'integrazione delle percentuali di incapacità lavorativa stabilite globalmente. Infatti, al punto 8.1.3 del rapporto peritale del 12 settembre 2016, è chiaramente indicato che “ Dal 30.6.2009 fino ad oggi vale una capacità lavorativa residua del 50% (come infermiera in casa anziani). La percentuale d'inabilità lavorativa tiene conto (integrando) dell'inabilità lavorativa per motivi reumatologici (inabilità lavorativa 25% dall'aprile 2013 per lombalgie), dell'inabilità lavorativa per motivi cardiologici (inabilità lavorativa 50% dal 30 giugno 2009) e dell'inabilità lavorativa per motivi psichiatrici (50% dal 2009). Le percentuali d'incapacità lavorativa vanno integrate in quanto vi è un rendimento globalmente ridotto (maggior stanchezza, ansia). ”. Ma non solo. La consulente psichiatra ha indicato che la sua valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata era da considerarsi da integrare e non da sommare con la patologia cardiologica, in quanto la specialista ha considerato interagenti/ interferenti le due condizioni patologiche. Le critiche ricorsuali al riguardo non vanno dunque tutelate. È altrettanto malvenuto l'avv. RA 1 a sostenere che all'insorgente “ non è stata data nemmeno la possibilità di esprimersi sulla formulazione e/o delucidazione dei quesiti peritali, come invece sarebbe stato tenuto a fare l'Ufficio convenuto (STF 133 V 446). ” (doc. VI punto 2b pag. 4). Il 16 novembre 2015 (doc. 202) l'Ufficio assicurazione invalidità ha infatti scritto all'assicurata informandola della necessità di sottoporsi a una serie di esami medici completi e che il Servizio Accertamento Medico era stato incaricato di valutarla nelle discipline di medicina interna, cardiologia, neurologia, psichiatria e psicoterapia, integrando l'accertamento con reumatologia e test psicodiagnostici. In calce alla pagina 1 e all'inizio di pagina 2, in grassetto, è indicato in particolare che “ Eventuali domande supplementari da sottoporre al perito potranno esserci inoltrate entro 10 giorni. Le domande da voi

eventualmente poste in precedenza saranno tenute in considerazione. ”. In effetti, già il 16 febbraio 2015 (doc. 186) all’assicurata era stata inviata la comunicazione della necessità di una perizia pluridisciplinare, con allegata la lista delle domande che l’Ufficio AI avrebbe sottoposto al centro peritale, invitandola a formulare ulteriori quesiti qualora l’avesse reputato necessario. Inoltre, appena comunicati i nomi dei periti, sempre entro il termine di 10 giorni, l’assicurata aveva avuto la possibilità di presentare all’Ufficio AI obiezioni fondate contro uno o più specialisti nominati. Di conseguenza, non v’è stata alcuna violazione “ dei diritti di parte ”, intesi come diritto di essere sentito, perciò il TCA non può dare seguito alla richiesta ricorsuale di cassare la decisione impugnata (doc. VI punto 2b pag. 4). Nemmeno va dato seguito alle affermazioni della ricorrente secondo cui la perizia del SAM sarebbe lacunosa sotto molti aspetti, non spiegando per esempio i motivi per cui lo stato di salute dell’assicurata sarebbe migliorato. In particolare, essa ha evidenziato che in occasione della precedente perizia medica pluridisciplinare, nel 2011, non era presente alcuna patologia alla spina dorsale essendo apparsa nel 2013, mentre ora il perito reumatologo ha sostenuto addirittura esservi stati dei sensibili miglioramenti, malgrado l’interessata si sottoponga spesso a infiltrazioni a causa di dolori lancinanti e cronici (doc. VI punto 2a pag. 4 e punto 4 pag. 7). A quest’ultimo proposito il dr. med. _____ si è espresso il 12 settembre 2017, in occasione di una seconda valutazione a seguito della produzione di nuova documentazione medica. Il reumatologo ha ben spiegato le ragioni mediche per le quali, da un punto di vista prettamente oggettivo, aveva riscontrato che la situazione era migliorata riguardo alle alterazioni strutturali degenerative. Egli ha chiaramente illustrato le sue conclusioni, affermando che l’ernia discale voluminosa che era presente nel 2013 era regredita, perciò si trattava di un chiaro miglioramento delle condizioni della colonna vertebrale. Inoltre, la circostanza che vi fosse una sofferenza persistente da parte dell’assicurata, situazione che il perito non metteva affatto in dubbio, non voleva però ancora significare che vi fossero anche aspetti oggettivi che comprovassero una riduzione della capacità lavorativa. Egli non aveva riscontrato sostanziali elementi nuovi per quanto riguarda le alterazioni strutturali rispetto a quanto riportato nel suo primo consulto. In merito all’affermazione della ricorrente secondo cui la situazione starebbe peggiorando visto l’incremento della frequenza delle infiltrazioni a cui si sottoponeva stanti i dolori lancinanti che la perseguitavano, il consulente ha tenuto a precisare che la frequenza delle consultazioni presso un centro del dolore non poteva essere utilizzata come un parametro di decorso. Pertanto, in assenza di chiare prove mediche a sostegno, il reumatologo ha disatteso le lamentele – puramente soggettive – della ricorrente. Queste spiegazioni possono essere fatte proprie dalla scrivente Corte, poiché essendo ben motivate e avendo un sostrato medico sono sufficientemente convincenti, ciò che non si può dire delle illazioni dell’assicurata, che rimangono tali non essendo suffragate da reperti oggettivi. In effetti, i referti con cui si descrivono le iniezioni intradiscali e le infiltrazioni peridurali prodotti con il ricorso, oltre ad essere stati già vagliati dai periti in fase di osservazioni al progetto di decisione, non dicono niente di più per quanto concerne le alterazioni strutturali, attentamente esaminate dal dottor _____ nel suo rapporto peritale del 17 febbraio 2016. In quell’occasione, infatti, lo specialista aveva esaminato la ricorrente clinicamente e aveva rilevato che persisteva un quadro di dolori lombari irradianti al sacro, senza però più alcuna evidenza clinica o radiologica per una neurocompressione. Egli aveva inoltre ammesso che c’erano stati tre episodi acuti che avevano comportato l’inabilità lavorativa totale dell’assicurata per due-tre mesi, salvo poi riprendere la capacità lavorativa come infermiera e in altre attività in ragione del 75%. Il perito aveva ammesso la

presenza di alterazioni degenerative a carico della colonna lombare, le quali avevano comportato la diminuzione della capacità lavorativa del 25%. L'interessata risultava quindi limitata soprattutto in lavori pesanti a mediamente pesanti e in lavori ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, lavori con il tronco piegato in avanti, lavori attorno e sopra l'orizzontale e posizioni non ergonomiche prolungate. In attività leggere e adatte che tenessero conto di queste limitazioni l'assicurata risultava addirittura totalmente abile al lavoro. Tanto le prime quanto le seconde constatazioni del reumatologo, d'avviso del TCA, sono credibili e ben motivate, oltre a essere suffragate dagli atti radiologici messi a sua disposizione. Per di più, la sua opinione è stata corroborata dai numerosi certificati prodotti proprio dalla ricorrente (nuovamente) con il ricorso, che attestano delle terapie messe in atto per ridurre il dolore, ma non indicano la presenza di nuovi elementi per quanto riguarda le alterazioni strutturali. D'altronde, anche il neurologo dr. med. _____ ha affermato nel suo secondo parere del 17 agosto 2017 che l'evoluzione della componente radicolare L3 era rimasta favorevole e che non v'erano elementi per sospettare una sintomatologia radicolare attualmente sintomatica, perciò anche egli si è riconfermato nella sua precedente valutazione del 2016 in cui non aveva riscontrato reperti determinanti un'incapacità lavorativa né proposte terapeutiche. L'assicurata era risultata totalmente abile al lavoro e dal 2010 ad oggi, malgrado il peggioramento della sintomatologia vertebrale, la situazione strettamente neurologica non mostrava modifiche rilevanti. Per quanto concerne l'aspetto cardiaco, anch'esso contestato dall'insorgente, va qui subito rilevato che la ricorrente ha tratto un'errata conclusione del parere del perito dr. med. _____. Come da quest'ultimo segnalato, non è vero che le diagnosi poste dai due specialisti in questione si differenzino l'una dall'altra, avendo per l'appunto il Prof. dr. med. _____ stesso affermato il 28 giugno 2017 che “ Sostanzialmente la diagnosi posta nella valutazione del 18.2.2016 dal Dr. med. _____ fa riferimento alla nostra lista di diagnosi e quindi la confermo. ” (doc. A4). Va quindi manifestamente disattesa la richiesta della ricorrente di “ ordinare una perizia che chiarisca e stabilisca finalmente e definitivamente l'effettiva diagnosi cardiologica in capo alla ricorrente. In effetti, quanto accertato dal SAM è inutilizzabile, viste le lacune e le contraddittorietà con quanto accertato dai curanti. ” (doc. VI punto 3d pag. 6). La discrepanza fra le parti risiede invece nella definizione della capacità lavorativa dell'assicurata, visto che il curante ha escluso una ripresa dell'attività lavorativa nella misura del 50%, sebbene il decorso a tratti fosse favorevole. Il TCA osserva a quest'ultimo proposito che il Prof. dr. med. _____ non si è pronunciato sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata, ma si è implicitamente riferito unicamente alla capacità lavorativa nell'attività abituale di infermiera, attività in cui il perito l'aveva ritenuta appunto abile al 50%, perciò già solo per questo motivo la sua valutazione non può essere totalmente fedefacente ai fini del giudizio, non essendo completa per quanto concerne l'influsso delle patologie sulla capacità lavorativa della ricorrente in altre attività adeguate al suo stato di salute. D'altra parte, in attività lavorative lievi-moderate, l'interessata era stata definita dal dr. med. _____ abile al 100%, mentre in attività moderate-pesanti inabile al 100%. Inoltre, la prognosi a medio-lungo termine era stata indicata come tendenzialmente favorevole e nel suo parere del 18 febbraio 2016 il perito aveva suggerito l'impianto sottocutaneo di un Reveal per quantificare il carico aritmico e un eventuale nuovo studio elettrofisiologico. Nel mese di giugno seguente all'assicurata è stato in effetti impiantato un loop recorder (Reveal), mentre undici mesi più tardi è stato effettuato lo studio elettrofisiologico. L'apparecchio di monitoraggio ha registrato nel marzo 2017 una recidiva di tachicardia atriale e poi non è più dato a sapere se ve ne siano state altre. La

lettera di dimissioni del 7 luglio 2017, riferita alla degenza dal 28 al 30 maggio 2017, indica che v'è stata una recidiva di tachicardia atriale sintomatica e documentata dal Reveal, senza però specificare se si trattava della stessa del marzo precedente o di un'altra. Il perito cardiologo ha al riguardo spiegato la necessità di disporre della statistica dell'ultimo anno delle registrazioni del monitoraggio, così da potere effettuare un'analisi oggettiva e capire se veramente erano solo i disturbi cardiologici ad affliggere l'interessata o se bisognava pensare a una diversa ipotesi. L'elemento principale per potere determinare l'influsso della patologia cardiologica sullo stato di salute e sulla qualità di vita della ricorrente era il carico aritmico, ossia la quantità e la durata delle aritmie e quindi di riflesso il loro influsso sulla situazione clinica. L'esperto ha quindi illustrato gli scenari ipotizzabili a dipendenza delle risultanze dell'esame del monitoraggio cardiologico, in assenza delle quali la valutazione rimaneva invariata e rinviava al suo parere del febbraio 2016. Stante il referto del 4 dicembre 2017 (doc. A14), dal mese di giugno non v'erano state altre aritmie atriali e l'episodio occorso a fine novembre è stato classificato come un evento sincopale che presentava una verosimile genesi neuromediata a prevalente componente vasodepressiva, tanto che il Servizio Medico Regionale ha definito l'evento sincopale essere stato verosimilmente di causa vaso-vagale e quindi che si trattava di una problematica già nota e valutata dai periti del Servizio Accertamento Medico. In sostanza, il quadro clinico non era dunque peggiorato malgrado questi ultimi eventi. Stanti le dettagliate e minuziose spiegazioni date dal dr. _____ nei suoi due rapporti peritali, che prendono specificatamente posizione anche sui pareri dei curanti, questa Corte ritiene che in assenza di ulteriori rapporti medici che contrastino con l'opinione dell'esperto in capo alla definizione della capacità lavorativa della ricorrente non solo nella sua attività abituale di infermiera in casa anziani, ma anche di infermiera istruttrice o che svolge attività leggere rispettivamente in altre attività lievi-moderate, quanto valutato dallo specialista per conto dell'Ufficio AI debba essere ritenuto come determinante per la soluzione della controversia, siccome ben motivato e privo di contraddizioni. Medesima conclusione va tratta per la valutazione effettuata dalla dr.ssa med. _____, la quale ha esaminato personalmente l'assicurata in due occasioni nei mesi di febbraio e marzo 2016 analizzando nel dettaglio tutti i certificati medici agli atti e nel successivo referto del 29 agosto 2017 si è minuziosamente confrontata con l'opinione del collega che aveva in cura la ricorrente, motivando e spiegando le sue precedenti conclusioni e ribadendole, non trovando nel nuovo parere del dr. med. _____ delle informazioni tali da modificare il quadro clinico che essa aveva formulato il 25 luglio 2016. I disturbi di personalità riscontrati nell'assicurata riducevano la capacità lavorativa a causa della fragilità personologica, dell'umore distimico, della stanchezza e spossatezza oltre che dell'ansia, elementi che emergevano dall'anamnesi e dagli approfondimenti testati. La psichiatra aveva pure riconosciuto che il quadro cardiologico era strettamente correlato alle condizioni psichiche, perciò era opportuno che venissero messe in atto cure psicoterapeutiche e sociali tali da dare un supporto alla fragilità della personalità e per evitare un peggioramento anche del quadro cardiologico. Come detto, poi, l'esperta aveva anche chiaramente specificato che la valutazione della capacità lavorativa dell'assicurata era da integrare e non da sommare con la patologia cardiologica. Le due condizioni patologiche erano interagenti/interferenti. A suo avviso, il quadro clinico era di sostanziale stabilità rispetto alla valutazione del 2010 effettuata dalla collega dr.ssa _____, ribadendo la necessità di un riallineamento progressivo a un lavoro in cui fosse ridotto al minimo il contatto con i pazienti da accudire, attività in cui confermava l'incapacità lavorativa del 50%. Per approfondire le condizioni

psichiche della ricorrente, la specialista stessa l'aveva sottoposta a dei test (Test IES e DES) rispettivamente lo psicologo, psicoterapeuta neuropsicologo _____ l'aveva sottoposta il 22 febbraio 2016 a una valutazione psicodiagnostica e i risultati a cui egli è giunto sono serviti alla consulente per completare la sua valutazione e per avere sufficienti criteri diagnostici, unitamente ai colloqui avuti con l'interessata, alla lettura degli atti, al consulto cardiologico del dr. med. _____, per esprimere il suo punto di vista specialistico. Per il TCA, anche la perita psichiatra ha esaminato nel dettaglio le condizioni di salute dell'insorgente, confrontandosi con i referti dei curanti e spiegando accuratamente le sue conclusioni. La scrivente Corte conclude dunque che lo stato di salute della ricorrente è stato compiutamente valutato dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico sulla base dei rapporti peritali allestiti sia il 12 settembre 2016 sia il 23 ottobre 2017. A questo proposito occorre evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; STCA 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 32.2016.108 del 2 maggio 2017; STCA 32.2016.45 del 10 marzo 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è in sostanza limitata a chiedere di fare allestire una perizia giudiziaria che stabilisca la diagnosi cardiologica, che determini gli influssi concreti sul grado di invalidità e che ovvi alla lacunosità e contraddittorietà del referto del SAM. L'assicurata non ha però saputo comprovare le sue critiche di un peggioramento del suo stato di salute rispetto alla valutazione del Servizio Accertamento Medico, tale da giustificare le stesse inabilità lavorative stabilite in occasione della precedente perizia pluridisciplinare del 2011 allegata al suo ricorso. Come visto, infatti, i referti dei medici curanti prodotti con il ricorso sono già stati prodotti in occasione della procedura amministrativa e già debitamente vagliati dagli specialisti prima che l'Ufficio AI rendesse la decisione qui impugnata. La ricorrente si è quindi limitata ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che sia avvenuto un miglioramento della situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo. In virtù delle considerazioni esposte, in assenza di nuovi atti medici che mettano in dubbio le conclusioni che hanno tratto gli esperti sia dal punto di vista psichiatrico sia somatico, il TCA deve ritenere come completi, chiari ed affidabili i rapporti allestiti dai periti del SAM, come pure dai dr. med. _____, _____, _____ e _____. In particolare, le loro conclusioni sono state rese dopo un attento esame personale delle condizioni oggettive e quindi su delle valutazioni e constatazioni concrete della capacità lavorativa dell'assicurata non solo nell'attività abituale di infermiera, ma anche dell'abilità residua in altre attività

adeguate. I rapporti del 12 settembre 2016 e del 23 ottobre 2017 hanno motivato in modo completo ed esaustivo le ragioni per avere concluso a un miglioramento dello stato di salute dell'assicurata in determinati ambiti medici (leggermente migliorato per l'aspetto psichiatrico e cardiologico, mentre migliorato per quello reumatologico e invariato in campo neurologico). Pertanto, in assenza di ulteriore documentazione medica specialistica che contraddica le predette chiare conclusioni degli esperti, non v'è un valido motivo per apportare una modifica alle loro valutazioni delle condizioni di salute della ricorrente con attinenza alla decisione del 27 ottobre 2017 qui impugnata. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurata, così come da essa richiesta, non è affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. In conclusione, dalla documentazione agli atti emerge che lo stato di salute della ricorrente era migliorato dal 25 febbraio 2016, nel senso che era possibile ritenerla abile al 50% nella precedente attività abituale di infermiera in casa anziani, mentre in attività adeguate rispettose di determinati limiti fisici e psichici l'assicurata era abile al 70%. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Alla luce di ciò, la scrivente Corte non può che confermare lo stato di salute della ricorrente così come valutato dal dr. med. _____ nel suo parere del 20 settembre 2016 e da esso espressamente ribadito il 24 ottobre 2017 dopo avere preso conoscenza delle precisazioni del SAM del 23 ottobre 2017. Non v'è infatti motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari non ne sono stati trasmessi pendente causa dalla ricorrente. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su mandato - aleatorio - dell'Ufficio assicurazione invalidità. In tali circostanze le contestazioni dell'assicurata, non sufficientemente circostanziate, devono essere respinte, siccome prive (anche) di sostrato medicalmente oggettivabile. L'aspetto medico stabilito dai periti del Servizio Accertamento Medico alla base della decisione dell'Ufficio AI di ridurre il grado di invalidità dell'assicurata va pertanto confermato. 2.9. Per quanto concerne l'aspetto economico, poiché esso non è stato contestato come tale dall'assicurata (che ha preteso che la rendita di invalidità sia ripristinata in ragione di tre quarti sulla base della sua incapacità lavorativa rimasta a suo dire invariata rispetto alla precedente perizia pluridisciplinare del 2011), ciò porta il TCA a non verificare oltre il grado di invalidità del 50% ritenuto dall'Ufficio AI a seguito della procedura di revisione d'ufficio del suo diritto alla rendita.

Tale nuovo grado di invalidità equivale alla percentuale di incapacità lavorativa del 50% stabilita dagli esperti del SAM nell'attività abituale di infermiera. 2.10. In virtù delle considerazioni esposte, il ricorso deve pertanto essere respinto e confermata la decisione di riduzione del diritto alla rendita della ricorrente a mezza rendita di invalidità. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni 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 della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico della ricorrente.

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