

## **TI\_GERICHTE 32.2019.193 vom 2. Oktober 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-10-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.193](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.193)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.193 du 2 octobre 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.193 del 2 ottobre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

minuti, l'assicurata ha un'inabilità lavorativa del 25% dal 24 maggio 2016. In precedenza ha confermato le totali inabilità lavorative attestate dai curanti (doc. 52 incarto AI, pag. 174). In seguito alla produzione di ulteriore documentazione medica da parte dell'assicurata, l'amministrazione ha deciso di far allestire una perizia pluridisciplinare ad opera del \_\_\_\_\_ (reumatologica: dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia; neurologica: dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH neurologia; psichiatrica: dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH psichiatria e psicoterapia). Dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti non hanno posto nessuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa. Essi hanno invece posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di stato dopo strappo muscolare agli adduttori a destra più che a sinistra, lombalgie nell'ambito di alterazioni degenerative iniziali, sindrome algica a livello del bacino inferiore ed in parte della coscia destra ed al quadrante inferiore dell'addome a destra non spiegate da patologia di competenza neurologica, disturbo alla marcia di origine funzionale, eventualmente in parte antalgica, reazione depressiva di sindrome del disadattamento cronico (ICD-10 F 43.2) sfociata in distimia cronica (ICD-10 F34.1). Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, ha affermato: "(...) Ha poi presentato dei dolori alla zona pelvica, alla sinfisi, all'interno delle gambe a destra più che a sinistra e posteriormente a entrambe le gambe sempre a destra più che a sinistra nonché alla zona sacrale dopo un intervento chirurgico con posa di un nastro transotturatorio per un'incontinenza urinaria da stress il 15.07.2014. È stata valutata in seguito alla persistenza di questi disturbi da tutta una serie di specialisti nel campo della ginecologia, dell'urologia e della neurologia. (...) Attualmente sono presenti dei dolori ai movimenti della colonna lombare con sensazioni di cedimento delle gambe alla estensione e dolori soprattutto al fianco destro quando si piega sul lato sinistro. L'assicurata cammina trascinando la gamba destra. Vi sono delle difficoltà nel movimento dell'anca destra per un bloccaggio della stessa effettuato attivamente dall'assicurata a seguito dei dolori risentiti. Non vi sono patologie locali significative dal punto di vista muscolo-scheletrico in particolar modo nessuna patologia degenerativa infiammatoria a livello della colonna lombare e delle articolazioni sacro-iliache. Nessuna patologia diretta alla zona dell'anca destra. Dal punto di vista reumatologico non riscontro una correlazione fra i disturbi accusati dall'assicurata e i reperti clinici e radiologici. Sarà da valutare in altro ambito (per esempio neurologico) quali siano le patologie che portano a questa sintomatologia dolorosa invalidante. Dal punto di vista prettamente reumatologico non vi non limitazioni funzionali. Essa è quindi da sempre per quanto concerne le problematiche reumatologiche da considerare abile al lavoro nella forma completa per un'attività professionale da svolgere sull'arco di un'intera giornata con un rendimento del 100% e questo anche come casalinga" (pag. 18-19 perizia, 429-430

incarto AI) Da parte sua il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha affermato: " (...) In seguito ad un intervento ginecologico il 15 luglio 2014 la paziente ha sviluppato, immediatamente dopo l'intervento, dolori a livello pelvico irradianti alle regioni prossimali delle cosce, come pure disturbi alla marcia. Inizialmente le limitazioni erano tali che aveva necessitato dell'utilizzo di una sedia a rotelle, della quale necessita ancora solo per spostamenti lunghi, altrimenti utilizza stampelle e per brevi tratti al proprio domicilio riesce a camminare anche senza bisogno di mezzi ausiliari. All'esame neurologico non vi sono assolutamente deficit a livello cranico e degli arti superiori. Agli arti inferiori la paziente presenta un importante risparmio di tutti i movimenti alla gamba destra. Descrive anche un deficit sensitivo algico e tattile a tutta la coscia destra, sia anteriormente che posteriormente senza una distribuzione radicolare o in tutti i casi anatomicamente riferibile ad un danno di strutture nervose locali. I riflessi osteotendinei sono ben evocabili. Non si trovano paresi riferibili con certezza a lesioni organiche del sistema nervoso: la paziente presenta un netto risparmio di qualunque movimento della gamba destra, con caratteristiche però di tipo funzionale o eventualmente antalgico ma non tipicamente di origine organica. Questo corrisponde anche a precedenti valutazioni neurologiche. Ricordo che la paziente è già stata sottoposta ad almeno due indagini elettrofisiologiche molto dettagliate, di cui una anche all'ospedale universitario di \_\_\_\_\_, senza che venissero constatate possibili lesioni nervose. Penso di poter confermare anche questa volta questa valutazione. Al limite si potrebbe ipotizzare che vi sia stato almeno a livello addominale un discreto danno di nervi cutanei locali ma sicuramente nulla che possa spiegare l'importante deficit motorio e anche disturbi di sensibilità diffusi a tutta la coscia descritti. Ritengo dunque che in primo piano vi siano dolori a livello del bacino e in parte della coscia destra non spiegati da una patologia neurologica organica. Anche il disturbo della marcia è di origine funzionale e non organica. I sintomi non sembrano comunque essere dovuti a simulazione. D'altro canto si tratta di disturbi che non coinvolgono gli arti superiori e i nervi cranici. La paziente può dunque sicuramente svolgere senza limitazioni maggiori, almeno per quel che riguarda gli aspetti neurologici, la professione di psicologa. Potrebbe essere limitata per attività che necessitino di posizione eretta prolungata o importanti spostamenti a piedi. Questo comunque per la problematica di tipo psicogeno. (...)” (pag. 19-20 perizia, pag. 430-431 incarto AI) Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: " (...) Siamo confrontati con una giovane donna che presenta una sindrome pelvica dolorosa cronica dopo essere stata sottoposta ad un intervento alla vescica urinaria a seguito del quale e nonostante la messa in atto di diversi accertamenti specialistici e provvedimenti terapeutici si è creata una condizione di impasse a causa della intensa sintomatologia algica accusata dall'A. nell'ambito di una sindrome del dolore neuropatico in associazione ad una importante riduzione dell'attività motoria. Per via della sindrome dolorosa cronica e delle gravi difficoltà motorie l'A. è stata sottoposta ad un intenso lavoro di fisioterapia a livello sia ambulatoriale che stazionario oltre ad una terapia antalgica con anestetici locali e oppiacei per via generale mentre collateralmente ha beneficiato di un sostegno psicologico e attualmente psichiatrico ambulatoriale indirizzato a migliorare l'accettazione del danno organico subito che ha portato con sé la disattesa delle sue aspettative di diventare madre e più in generale ha minato la fiducia nelle sue possibilità di riuscita essendo stata costretta ad adattarsi alla situazione venutasi a creare e a rinunciare alla idea di esercitare la sua professione di psicopedagoga a causa delle forti limitazioni fisiche. Nelle condizioni attuali il quadro distimico cronico di lieve entità di cui risulta affetta l'A. non è a mio avviso di portata tale da comportare una riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista

specialistico” (pag. 20-21 perizia, pag. 432-433 incarto AI) I periti del \_\_\_\_\_ hanno concluso affermando che “ l’attuale grado di capacità lavorativa globale, dal punto di vista reumatologico, neurologico e psichiatrico è considerato nella misura del 100% nelle attività da ultimo esercitate ” (pag. 21 perizia, pag. 432 incarto AI). Essi hanno aggiunto che dal punto di vista reumatologico, neurologico e psichiatrico non vi sono patologie che inficiano la capacità lavorativa dell’assicurata in qualunque attività. Dal punto di vista prettamente reumatologico non vi sono limitazioni funzionali. Dal punto di vista neurologico l’A. è in grado di svolgere anche altre attività senza limitazioni maggiori. Anche il consulente in psichiatria non ha riscontrato vere e proprie limitazioni funzionali dal lato strettamente psichiatrico, ritenendo che nelle condizioni attuali il quadro distimico cronico di lieve entità di cui risulta affetta l’insorgente non è di portata tale da comportare una riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista specialistico (pag. 21 perizia, pag. 432 incarto AI). Nel rapporto finale del 5 ottobre 2018 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha confermato le conclusioni della perizia del \_\_\_\_\_, ed ha stabilito che l’assicurata è stata totalmente inabile al lavoro dal 15 luglio 2014 al mese di maggio 2016 ed in seguito ha riacquisito una totale capacità lavorativa (doc. 112 incarto AI, pag. 465 e seguenti incarto AI). Il 23 ottobre 2018 l’insorgente ha inoltrato una domanda di assegno per grandi invalidi dell’AI, indicando di necessitare dell’aiuto regolare e notevole di terzi per svolgere numerosi atti ordinari della vita a causa del danno alla salute insorto dal luglio 2014 in seguito ad un intervento chirurgico urologico, e meglio vestirsi/svestirsi, alzarsi/sedersi/coricarsi, cura del corpo, fare i propri bisogni e spostarsi (uso stampelle e sedia a rotelle), necessita inoltre di sorveglianza personale e di un accompagnamento regolare nell’organizzazione della realtà quotidiana (doc. AI 120, 122, 126-127, 135). Il 31 ottobre 2018 il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale/omeopatia, ha scritto all’UAI sostenendo che la situazione dell’insorgente è in continuo peggioramento ed ha rinviato al precedente scritto del 10 gennaio 2018 (doc. 123 incarto AI). La ricorrente ha poi prodotto, unitamente alle sue osservazioni al progetto di decisione della rendita AI, segnatamente un certificato del 6 novembre 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, il quale, descrive la situazione e rileva che “ al momento attuale, sempre in seguito all’operazione già citata, la paziente presenta una sindrome doloroso complesso regionale a livello perineale con deficit neuro-motorici, parestesie e dolori neuropatici grado 9/10 se senza terapia. Le difficoltà motoriche sono a voi note, la paziente deve camminare sempre con stampelle o l’aiuto di un, e le riesce solo per brevi percorsi, altrimenti subentra un forte dolore nella zona pelvica. La posizione eretta le è pure difficile da mantenere e anche se seduta deve cambiare spesso di posizione. La regione pelvica ha un’iposensibilità di alcune zone nella parte destra. In generale, il dolore è controllato al momento con Buprenorfina transdermica e infiltrazioni regolari dell’articolazione sacroiliaca destra e dei nervi ileopopastrico e pudendo. Delle volte deve aggiungere altri analgesici per lenire il dolore. La paziente si è già sottoposta a plurimi tests e procedure terapeutiche con solo minimi progressi. L’attuale medicazione con farmaci morfiniti (Buprenorfina) e altri farmaci antidolorifici mettono seri dubbi sulla possibile continuità professionale della paziente a causa dei disturbi che causano difficoltà psicomnemoniche. L’incapacità lavorativa è di 100% al momento attuale, come lo è stato all’inizio della problematica e non si vedono a breve-medio termine modifiche importanti.” (pag. 522 incarto AI). L’interessata ha prodotto anche un referto del 5 novembre 2018 della fisioterapista \_\_\_\_\_, la quale ha affermato che la situazione è uguale più o meno a quella descritta nel 2015 con qualche miglioramento a livello deambulatorio e di divaricazione degli arti inferiori. Ella rileva che l’assicurata nella scala del dolore da 0 a 10,

valuta la soglia del dolore a 8/10 (pag. 526-531 incarto AI). Il 28 novembre 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato il contenuto del modulo per la richiesta dell'assegno per grandi invalidi dell'AI ed ha indicato che la prognosi è suscettibile di peggioramento e la grande invalidità può essere diminuita impiegando quali mezzi ausiliari la sedia a rotelle e le stampelle (pag. 537 incarto AI). Il 23 gennaio 2019 anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha confermato la correttezza delle indicazioni figuranti nel formulario per la richiesta dell'assegno per grandi invalidi dell'AI, indicando che la diagnosi è stazionaria e che la grande invalidità non può essere diminuita tramite mezzi ausiliari (pag. 542 incarto AI). Chiamati ad esprimersi in merito, il 29 marzo 2019 i periti del \_\_\_\_\_ non hanno rilevato alcun motivo per scostarsi dalle loro precedenti valutazioni (doc. 142 incarto AI, pag. 549 e seguenti incarto AI). In particolare il dr. med. \_\_\_\_\_ rileva che la documentazione esaminata “ non porta nuovi elementi oggettivi rispetto a quanto già descritto in aprile 2018. Ricordo in particolare che non si riscontravano deficit neurologici riferibili a lesioni organiche e che le caratteristiche dei sintomi ed in particolare anche dei disturbi della marcia erano di tipo principalmente funzionale, come già descritto anche a precedenti valutazioni neurologiche tra cui quella eseguita alla clinica neurologica dell'Ospedale Universitario di \_\_\_\_\_ l'11.10.2017 ” (pag. 559 incarto AI). Circa l'assegno per grandi invalidi, il dr. med. \_\_\_\_\_ afferma che per quanto di competenza neurologica, l'assicurata non necessita dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e neppure di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana. “ A proposito in particolare del certificato redatto dal Dr. \_\_\_\_\_ il 23.01.2019 ricordo che nel suo rapporto datato 17.01.2018, oltre alla diagnosi citata scriveva chiaramente “... senza patologia organica neuromuscolare sottogiacente” confermando a sua volta dunque l'assenza di patologie neurologiche organiche ” (pag. 559-560 incarto AI). Per quanto riguarda l'assegno per grandi invalidi, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia ha affermato di aver “ ritenuto l'assicurata per quanto riguarda le sue problematiche prettamente relazionate all'apparato muscolo-scheletrico, abile al lavoro nella forma completa con un rendimento del 100%. Non trovavo una correlazione fra i disturbi dell'assicurata e i reperti di tipo clinico e radiologico in ambito reumatologico. Da questo punto di vista ritengo quindi che l'assicurata non presenti necessità di aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. Non necessita di sorveglianza personale. Non necessita di accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana ” (pag. 557 incarto AI). Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha dichiarato che dal lato psichiatrico la ricorrente non necessita dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e non necessita di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana (pag. 561 incarto AI). Il 2 aprile 2019 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha confermato le valutazioni peritali in merito all'assegno per grandi invalidi, non ritenendo adempiuti i presupposti per un suo riconoscimento (pag. 563 incarto AI). Nell'ambito del ricorso contro la decisione del 9 aprile 2019 di assegnazione di una rendita limitata nel tempo, l'assicurata il 14 giugno 2019 ha allegato ulteriori atti medici in relazione con la caduta dell'8 marzo 2019 (pag. 708 e seguenti incarto AI). Ella ha trasmesso un referto intitolato “ visita ambulatoriale del 6.03.2019 ” (pag. 708 incarto AI) dove il dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico, membro FMH della \_\_\_\_\_, ha diagnosticato un trauma distorsivo caviglia dx (8.3.2019), un trauma contusivo ginocchio dx (8.3.2019) e “ DD: nevralgia peronei ”. Il medico fa stato di un esame obiettivo del 13 marzo 2019 dove viene accertata una tumefazione al malleolo esterno e al dorso del piede,

dolori alla palpazione dei legamenti FA ed FC, dolori al mesopiede e al 1/3 prossimale della gamba, loggia dei peronei molle, sensibilità al piede come da controlaterale, “ non riesce a flettere dorsalmente il piede e lidita ”, non mantiene in posizione di 90° il piede dopo il rilascio, prima del trauma riusciva a sollevare il piede e a muovere le dita con un po' di difficoltà (movimenti lenti rispetto al controlaterale). Egli cita inoltre la rx alla caviglia destra e rx ginocchio destro dell'8 marzo 2019, da cui emerge, circa la caviglia destra: “ rapporti articolari conservati, non lesione ossea recente ma tumefazione delle parti molli in sede peri-malleolare laterale ” e per quanto concerne il ginocchio destro: “ rapporti articolari conservati. Non frattura. Non versamento articolare ”. Viene inoltre citata una rx gamba dx e piede dx “ non fratture visibili (in attesa del referto del radiologo) ”. Il dr. med. \_\_\_\_\_ circa il procedere ha poi aggiunto: “ 13.3.2019 Continua fisioterapia Si consiglia visita specialistica presso il proprio neurologo Dr. \_\_\_\_\_ (...) ”.

L'assicurata ha allegato il referto del pronto soccorso dell' \_\_\_\_\_ dell'8 marzo 2019 (pag. 710 incarto AI) dove emerge che l'insorgente “ riferisce caduta accidentale di questo pomeriggio con trauma al ginocchio dx ed alla caviglia dx. Paziente con deficit motorio dell'arto inferiore dx. Paziente in terapia con cannabinoidi ed oppiacei per dolori cronici ”. Circa lo status si legge: “ dolore a carico del legamento fibulo-talare anteriore. Dolore alla mobilizzazione in prono-supinazione. Non instabilità apparenti al cassetto anteriore e al ralar tilt test. Dolore diffuso al ginocchio dx, non segni di instabilità .” Per quanto concerne le radiografie è segnalato: “ non fratture ” ed è stata posta la diagnosi di trauma distorsivo caviglia dx. Trauma contusivo ginocchio dx. Vi è poi il referto intitolato “ visita ambulatoriale del 7.05.2019 ” del dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 711 incarto AI), da cui emerge una visita del 9.4.2019 con l'indicazione “ edema e dolore al ¼ distale del polpaccio edema al piede Riesce a flettere le dita ” e una del 7 maggio 2019 dove figura “ va un po' meglio rispetto alla visita precedente Continua ad avere edemi declivi Ha recuperato una leggera mobilità delle dita (riesce ad aprile ma non a fletterle) Rigidità del piede e dolori alla mobilizzazione passiva Dolori alla palpazione dei legamenti FA ed FC Ha difficoltà ad indossare le calze elastiche ”. Tra gli esami radiologici figura un eco-doppler non TVP Doppler venoso arto inferiore destro del 9 aprile 2019 con l'indicazione “ trombosi? ” e nel referto: “ L'indagine ecografica mostra un sistema venoso profondo regolarmente campionabile fino in sede medio-distale di gamba. In queste sedi le vene sono attualmente tutte comprimibili. Apparentemente non segni di trombosi venosa profonda. Si conferma il linfedema sottocutaneo a livello della caviglia e del piede soprattutto in sede dorsale. Eventuale ricontrollo nel decorso se persiste sintomo clinico .” Circa il procedere, in data 9 aprile 2019 figura: “ continua fisioterapia Bendaggio gamba e calza elastica appena riesce ad indossarla. Prossimo controllo previo appuntamento telefonico ” e in data 7 maggio 2019: “ Prevista visita specialistica dal Dr. \_\_\_\_\_ dal proprio medico curante Dr. \_\_\_\_\_ Continua fisioterapia Drenaggio linfatico Bendaggio compressivo, calza elastica con zip ”. L'insorgente ha prodotto una valutazione flebologica del 13 maggio 2019 (pag. 714 incarto AI) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH angiologia-flebologo, consulente \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, Certificato di laser venoso endovascolare ( \_\_\_\_\_), il quale ha affermato che “ (...) ho visto in data odierna questa tua paziente nota per una neuropatia genitofemorale e probabilmente anche dei nervi motori all'arto inferiore destro successivi ad intervento chirurgico con bendaggio uretrale trans inguinale nel 2014. Da allora dolore cronico trattato con oppioidi. Presenta anche edemi declivi oltre che una progressiva distorsione alla caviglia destra che le avrebbe arrecato ulteriori gonfiori con edema linfatico ora comunque in lieve regressione. Al mio duplex odierno la situazione

venoso è assolutamente blanda. Ho potuto quindi tranquillizzare la paziente dicendo eventualmente di utilizzare delle calze compressive che nella forma standard o con la cerniera sarebbero difficili da indossare ma che eventualmente utilizzando quelle con gli strap al velcro possono avere senso. La paziente si rivolgerà ad un negozio ortopedico di fiducia per valutare la possibilità di trovarne un paio.” La ricorrente ha infine allegato la MR della caviglia dx nativa del 9 maggio 2019 del \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_ (doc. 715 incarto AI), allestito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dove risulta: “ edema da impatto del talo, della grande apofisi anteriore del calcagno, della base del cuboide e lieve edema anche della base del V metatarso senza riconoscere fratture. Versamento intrarticolare. Edema dei tessuti molli superficiali. Integri i legamenti tibio-peroneali. Lesione parziale del legamento astragalo peroneale posteriore con possibile interessamento della membrana interossea. Legamento deltoideo regolare; integri i peronei e il tendine tibiale posteriore. Conclusioni: non fratture. Edema da impatto del talo, calcagno, cuboide e base del V metatarso. Versamento intrarticolare. Lesione parziale del legamento astragalico peroneale posteriore.” Il 26 giugno 2019 la ricorrente ha prodotto un certificato del 17 giugno 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna FMH che ha certificato “ che la citata paziente è in mia cura del 2018 a causa di una neuropatia genitofemorale. Ultimamente la sua situazione si è notevolmente peggiorata anche a causa di una caduta avvenuta l’8.03.2019 che ha comportato un trauma distorsivo alla caviglia destra e al ginocchio destro. Si muove con la sedia a rotelle e stampelle per cui avrebbe bisogno di aiuto finanziario per la posa di un corrimano sulle scale, adattare i comandi della macchina alla sua nuova situazione” (pag. 718 incarto AI). L’UAI ha sottoposto la nuova documentazione al \_\_\_\_\_, che si è riconfermato nelle precedenti valutazioni sia per quanto concerne il diritto alla rendita AI, che per quanto riguarda l’assegno per grandi invalidi dell’AI (pag. 730 e seguenti incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, il 5 agosto 2019, in relazione al trauma distorsivo alla caviglia destra e al trauma contusivo del ginocchio destro dell’8 marzo 2019, afferma che “ non vi sono dei reperti radiologici che mostrino delle fratture. Viene descritto a una RM della caviglia destra del 09.05.2019 un edema da impatto talo-calcagno, cuboide e base del V metatarso con una lesione parziale del legamento astragalico peroneale posteriore. Alterazioni queste da considerare piuttosto aspecifiche e con un’evoluzione dei disturbi seppur protratta non particolarmente invalidante, in particolar modo per quanto riguarda le attività professionali svolte prevalentemente di tipo cognitivo. Il protrarsi della sintomatologia oltre i tre mesi dall’infortunio, potrebbe essere indicativo di una problematica non soltanto somatica quindi non riconducibile a una problematica di tipo reumatologico ” (pag. 737 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, afferma che: “ (...) si deve nuovamente sottolineare la grave discrepanza tra i sintomi descritti (paziente “immobilizzata a letto, con grave disabilità motoria, con dolori atroci, con continui svenimenti...”) e i reperti clinici oggettivi complessivamente nella norma, come era stato d’altronde documentato anche in occasione di altre valutazioni neurologiche tra cui quelle citate presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Per inciso anche la valutazione dell’ambulatorio di Neurologia dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 21.07.2016 (dunque comunque antecedente la valutazione eseguita a \_\_\_\_\_), non metteva comunque in evidenza deficit maggiori e anzi si descriveva che la marcia aveva un aspetto “bizzarro” (vedi pagina 2 del rapporto del 21.07.2016 dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), espressione che indica chiaramente l’ipotesi che non si tratti di un disturbo della marcia di origine organica. Infine alcune brevi osservazioni per quel che riguarda la visita neurologica da me eseguita il

30.04.2018: l'esame si è svolto secondo le usuali modalità prendendo atto di tutta la documentazione, approfondendo l'anamnesi, eseguendo l'esame neurologico, valutando, come descritto, la documentazione radiologica a disposizione (RM lombare del 27.01.2015) e dunque le affermazioni della paziente secondo cui la consultazione sarebbe durata "al massimo dieci minuti" come pure le altre affermazioni riportate a pagina 15 del rapporto della Sig.ra \_\_\_\_\_ semplicemente non corrispondono al vero. (...)" (pag. 739 incarto AI) Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, il 19 luglio 2019, si è riconfermato nella sua valutazione (doc. 742 incarto AI). Con il ricorso, oltre alla documentazione già nota, l'insorgente ha prodotto un referto del 29 ottobre 2019 del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, il quale ha affermato: " (...) Le problematiche della signora RI 1 iniziano nel luglio 2014 con disturbi deficitari e sensitivi della marcia aggravati nel corso degli anni, tant'è che adesso si mobilita in casa solo con aiuto di stampelle e fuori casa in sedia a rotelle. Oltre a ciò soffre di forti dolori continui di tipo CRPS (Sindrome doloroso cronico regionale) agli arti inferiori, in particolare a quello destro. Purtroppo la situazione attuale si è aggravata col passare degli anni e ha subito un incremento significativo occorso il 8 marzo di quest'anno cadendo dalle scale, da ricondurre quale causale in buona parte ai suoi disturbi di mobilità, in particolare dolori e mancanza di forza e di sensibilità all'arto inferiore destro. L'ultima lesione provoca delle nuove problematiche, diagnosticate da diversi medici specialisti, tra le altre una mancanza di sensibilità e di parte di forza con impossibilità di flessione dorsale del piede destro e delle prime due dita dello stesso arto. La signora RI 1 presenta adesso uno streppage a destra, ragion per cui si avvale di una stecca di Heidelberg che ha reso un po' migliore la situazione. Inoltre all'esame clinico la gamba destra è più edematosa di quella sinistra. A causa delle patologie suindicate la paziente è molto limitata nel suo quotidiano come l'impossibilità di vestirsi da sola la parte inferiore del corpo, sollevare pesi, stare in piedi oltre 5-10 minuti, lavarsi, salire e scendere scale, non riesce a prepararsi i pasti da sola e ha limitazioni in tanti altri gesti abituali. Appena sveglia non riesce subito a muovere normalmente le gambe e il bacino. Ha sempre bisogno di diversi minuti per recuperare il poco movimento delle gambe e del bacino, si sveglia senza sentirle. Nelle mattine del fine settimana il marito la aiuta con dei massaggi c/o movimenti imparati dai fisioterapisti dove è in cura, movimenti che purtroppo spesso aggiungono più dolore. Quando è da sola ci mette molto tempo per riuscire ad alzarsi dal letto usando le stampelle. Per facilitare il vestirsi lascia la sera i vestiti per il prossimo giorno vicino al letto. Dopo la caduta del marzo 2019 ha spesso bisogno di essere aiutata per le parti inferiori del corpo. Le capita di non riuscire a cambiarsi i vestiti a causa del dolore e deve rimanere a dormire dove si trova. Al riguardo dell'igiene, deve sempre far uso di una piccola sedia nella doccia e chiaramente ha bisogno dell'aiuto per entrare – uscire dalla stessa, così come per lavarsi, tagliare/curare le unghie dei piedi e altri gesti. Dopo la caduta del marzo 2019 questi bisogni si sono accentuati. Dipende completamente dall'aiuto degli altri per poter cucinare così come per apparecchiare/sparecchiare la tavola, pulire le stoviglie ecc. Ogni tanto le capita di mangiare il primo pasto della giornata dopo le ore 14.00 – 15.00 che di solito è frutta, non riuscendo più da sola a preparare un vero pasto dal 15.07.2014. Quello che riesce a preparare da sola oggi sono solo panini e insalate. Le è impossibile estendere i panni lavati, stirarli e disporli negli armadi. La signora RI 1 non esce mai da sola in quanto non soltanto non può guidare, e non si sente sicura, nel camminare anche con le stampelle. Esce per andare dai medici e dal fisioterapista sempre accompagnata in auto. La sua vita sociale è ridotta talmente tanto da poter dire che sia inesistente. Ha perso quasi tutti i suoi amici perché non può più uscire

con loro, avere una cena o un pranzo in famiglia o fra gli amici, partecipare a eventi culturali o andare in vacanza. Non riesce nemmeno a invitarli a cena a casa sua in quanto non riesce a restare seduta sulla sedia per oltre 20 minuti senza l'acuirsi di dolori. Cammina sempre con le stampelle e per le distanze di oltre 20 metri fa uso di una sedia a rotelle. Il massimo peso che può sollevare da sola è di circa 400-500 grammi. Chiaramente, salire o scendere le scale le è quasi impossibile sia per la disabilità fisica, sia per l'acuirsi dei dolori. Questione di estrema importanza da tenere in considerazione è che la signora RI 1, a causa dei suoi dolori, deve assumere degli oppioidi in continuazione perché sono i medicinali antalgici che nel suo caso le hanno permesso di meglio lenire gli stessi, anche per gli effetti secondari sullo stomaco, intestino o la mancanza di azione di altre classi di farmaci. Purtroppo però gli effetti secondari di questa terapia sono diversi, tra i quali la mancanza di capacità di concentrazione mentale, la sonnolenza, la diminuzione dei riflessi, l'impossibilità di ascolto continuato, vertigini, disturbi del sonno, disturbi dell'equilibrio, disturbi della parola, ecc.. Tutto quanto sopra fa sì che per lei sia praticamente impossibile esercitare come psicologa, tanto meno per gestire bambini con diverse incapacità o problematiche, se non per le questioni intellettive che sono ridotte a causa dell'assunzione di oppioidi, anche per le menomazioni fisiche che le impediscono di aiutare i bambini nel caso in cui inciampino o abbiano altre difficoltà o bisogni. Da parte vostra avete concesso alla signora RI 1 una rendita d'invalidità al 100% a partire dal 01.07.2015, poi sospesa. Non ha mai potuto riprendere una minima attività lavorativa da luglio 2014, soprattutto per i problemi fisici, i quali sono adesso peggiorati e ai quali va ad aggiungersi la problematica relativa alla resa dei medicinali della paziente che ulteriormente difficoltà in modo palese una possibile ripresa dell'attività. La signora RI 1 ha eseguito innumerevoli visite mediche per cercare una o più terapie che la potessero far uscire da questa situazione ma fino a questo momento le uniche soluzioni valide sono state una buona fisioterapia, un aiuto psicologico e la terapia con oppioidi; in caso di ri-acutizzazione dei dolori si procede con blocchi nervosi regionali. (...) In sintesi, come ben documentato le condizioni di salute in generale della paziente sono molto peggiorate, sia per l'aggravarsi della sua situazione riguardo la possibilità di movimenti che è molto più ristretta che in precedenza, sia per il peggioramento psicomemmorico dovuto all'assunzione di oppiacei e altri medicinali per lenire i dolori; tutto quanto giustifica in modo chiaro un'urgente rivisitazione del caso in questione in quanto." (pag. 861-863 incarto AI) Il 9 dicembre 2019 la ricorrente ha prodotto il referto del 7 dicembre 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, la quale ha affermato che " la paziente soffre di uno stato ansioso-depressivo maggiore cronico, apparso dopo l'intervento per incontinenza urinaria del 15.07.2014. Nonostante la grande sofferenza fisica (dolori persistenti nelle 24 ore del pavimento pelvico fino alle dita dei piedi, con scarsa capacità di deambulazione di ambo gli arti inferiori) la paziente cerca di sopportare con forza d'animo, impegno e tenacia e molta pazienza le piccole e grandi difficoltà della vita quotidiana. Negli ultimi mesi è più affaticata e di umore più triste anche perché non le viene offerto il sostegno necessario alla sua situazione da parte degli Uffici specializzati " (doc. VIII/1). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili

dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze

federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in

presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è 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 TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.7. In concreto l'UAI, dopo aver sottoposto gli atti acquisiti nelle more amministrative e prodotti dall'assicurata, ai periti del \_\_\_\_\_, i quali non hanno ritenuto adempiuti i presupposti per ritenere la necessità di aiuto da parte di terzi per compiere gli atti ordinari della vita come anche della sorveglianza personale o dell'accompagnamento (doc. 142 incarto AI), con decisione del 3 ottobre 2019 (doc. 171 incarto AI), preavvisata dal progetto del 3 aprile 2019 (doc. 146 incarto AI), ha di conseguenza respinto la richiesta di assegno per grandi invalidi dell'AI. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione che si è fondata sulla perizia del \_\_\_\_\_ del 27 ottobre 2018 (doc AI 111), allestita nell'ambito della procedura per la richiesta della rendita AI e che è stata completata dalla presa di posizione dei consulenti del \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia e dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria, riassunta negli scritti del 29 marzo 2019 (doc. 142 incarto AI) e del 23 settembre 2019 (doc. 169 incarto AI) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_. Il referto ed i suoi complementi sono da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente e i parametri per l'eventuale concessione di un assegno per grandi invalidi sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del \_\_\_\_\_. Ai referti va attribuita piena forza probante. Gli specialisti del \_\_\_\_\_ hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute della ricorrente prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'insorgente ed acquisita dall'UAI. La ricorrente, del resto, come si vedrà in seguito, non apporta, in sede di ricorso, ulteriore documentazione medica atta a sovvertire le motivate e convincenti

conclusioni peritali. Inoltre le valutazioni sono state confermate anche dall'annotazione del 2 aprile 2019 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 144 incarto AI). A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG A - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 2.8. Nello specifico, i disturbi alla salute di cui è affetta la ricorrente in seguito all'intervento di posa di nastro transotturatorio per incontinenza urinaria da stress del 15 luglio 2014, sono stati oggetto, nel corso degli anni, di numerosi esami e di visite approfondite da parte di un nutrito numero di specialisti che hanno rilevato una discrepanza tra i dati medici reperibili oggettivamente e la descrizione soggettiva dei mali che affliggono l'interessata. Questo Tribunale evidenzia che non sono solo i consulenti del \_\_\_\_\_ (dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_) ad essere giunti alla conclusione che l'interessata non è affetta da alcuna patologia psichiatrica, neurologica o reumatologica invalidante e che non è limitata al punto tale da adempiere i criteri per poter ottenere un assegno per grandi invalidi dell'AI, ma anche altri specialisti che l'hanno visitata in passato sono giunti a conclusioni simili. Già il 3 dicembre 2014 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia di \_\_\_\_\_, cui si era rivolta l'insorgente all'epoca, aveva descritto una patologia psicosomatica con pelvic-pain-syndrom della marcia di tipo dissociativo in stato dopo TOT il 15 luglio 2014 ed aveva stabilito che allo stato neurologico non vi erano deficit neurogeni focali ed il disturbo della marcia non poteva essere attribuito ad una lesione neurogena (cfr. pag. 37 e seguenti incarto AI: pag. 38: "Klinisch-neurologischer Befund: (...) Diskrepanz zwischen subjektiver Schmerzbewertung und geäußertem Affekt"; pag. 39: "In Zusammenschau der Befunde gehe ich damit von einer psychosomatischen Erkrankung mit Pelvic-Pain-Syndrom und dissoziativer Gangstörung aus. Aus der Anamnese würde ich den Beginn der Symptomatik schon präoperativ setzen, da die Beschwerden mit einer erhöhten Miktionsfrequenz begannen, welche bei einer 35-jährigen Nullipara ohne sonstige mit einer Muskelschwäche einhergehenden Grunderkrankung auch sehr ungewöhnlich wäre [...]"). Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia, il 29 gennaio 2015 aveva accertato che "dal punto di vista reumatologico attività di psicologa è ideale essendo un'attività leggera con possibilità di cambi di postura" (pag. 43 incarto AI, cfr. anche pag. 49 incarto AI). Il prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, primario di uroginecologia dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, il 26 febbraio 2015, posta la diagnosi di "chronic pelvic pain syndrom" dopo intervento TOT luglio 2014, aveva rilevato che vi era una situazione di forte pressione sociale ("psychosoziale Belastungssituation"; pag. 375 incarto AI) e gli specialisti del \_\_\_\_\_ nel referto del 18 maggio 2016 hanno ritenuto che l'insorgente soffriva di dolori di origine muscolo-tendinea locale senza riscontrare

deficit neurologici (cfr. pag. 373-374 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, servizio di neurologia-policlinica dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che ha visitato l'insorgente su richiesta del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, il 20 novembre 2017 aveva evidenziato di aver effettuato un esame ENMG dell'arto inferiore destro in data 11 ottobre 2017 risultato normale ed aveva aggiunto che viene descritta una sindrome pelvica dolorosa cronica con un disturbo deficitario della marcia senza argomenti per una patologia organica neuromuscolare sottostante, in seguito ad un intervento chirurgico. Lo specialista ha affermato che non vi sono argomenti per una patologia neuromuscolare per spiegare la sintomatologia ed ha consigliato di continuare il trattamento del dolore e di provare ad aumentare progressivamente l'attività fisica (pag. 360-361 incarto AI: " nous avons étudié la conduction motrice et sensitive au membre inférieur droit et sur les deux nerfs fémoraux. Cet examen ne met pas en évidence d'anomalie (...) Conclusions, traitement et évolution (...) Syndrome douloureux chronique pelvien dans les suites d'une intervention chirurgicale, avec persistance de quelques troubles sensitifs subjectifs dans le territoire génito-fémoral droit. Nous n'avons pas d'argument pour une pathologie neuro-musculaire surajoutée pour expliquer les difficultés à la marche et l'atteinte motrice du membre inférieur droit. Nous avons bien noté que des explorations médullaires et pelviennes avaient été faites en 2014, et n'avaient pas révélé d'anomalie significative. Nous recommandons à la patiente de poursuivre sa prise en charge en antalgie et d'essayer d'augmenter progressivement son activité physique "). Vi sono pertanto numerosi specialisti, oltre ai periti del \_\_\_\_\_, che si sono chinati sulla situazione valetudinaria della ricorrente, senza riscontrare la presenza di elementi medici oggettivi che possano far ritenere la presenza di una patologia invalidante e che hanno rilevato una discrepanza tra quanto ancora oggi affermato dalla ricorrente e i reperti clinici oggettivi che sono nella norma. Certo, il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in ginecologia FMH, specialista in uroginecologia, il 5 novembre 2014, sulla base della letteratura, aveva evidenziato che in seguito all'intervento subito dalla ricorrente non era esclusa l'insorgenza di problematiche neurologiche (pag. 382 incarto AI: " verstärkten "neurologischen" Problemen nach TOT-Band-Einlage [...] "), pur aggiungendo che " Die Radiologischen Befunden wären z.T. vereinbar, wobei es eigentlich hier keine typischen neurologischen Befunden gibt " ed il 21 luglio 2016 i dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ della clinica per la neurologia \_\_\_\_\_ avevano diagnosticato una " neuropathischem Schmerzsyndrom bei Neuropathie des Nervus genitofemoralis rechtes " (cfr. doc. A 13, pag. 2). Tale ipotesi è poi tuttavia stata smentita dagli specialisti che hanno visitato l'insorgente, i quali non hanno rilevato la presenza di patologie neurologiche (cfr. supra). Per quanto concerne i medici curanti dell'insorgente, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, ha indicato più volte che l'insorgente non è in grado di svolgere alcuna attività lavorativa (cfr. ad esempio il referto del 17 gennaio 2018, pag. 387 incarto AI) ed ancora il 23 gennaio 2019 (pag. 542 incarto AI) ha confermato il contenuto della richiesta dell'assegno per grandi invalidi dove in sostanza la ricorrente sostiene di necessitare dell'aiuto di terzi per tutti gli atti ordinari della vita, di necessitare di sorveglianza personale e di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana. Tuttavia, anche il curante, laddove diagnostica una sindrome pelvica dolorosa cronica e disturbi deficitari della marcia di entità importante, aggiunge " senza patologia organica neuromuscolare sottostante " (pag. 387 incarto AI). Come rilevato ancora il 3 luglio 2019 dal consulente del \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, vi è una " grave discrepanza tra i sintomi descritti (paziente immobilizzata a letto, con grave disabilità motoria, con dolori atroci, con continui svenimenti...) " e i reperti

clinici oggettivi complessivamente nella norma (...)” (pag. 739 incarto AI). È vero che anche gli altri due curanti, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale/omeopatia (cfr. segnatamente il referto del 17 gennaio 2018 [pag. 390 e seguenti incarto AI]) e dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, sono di altra opinione rispetto ai periti. Tuttavia le loro valutazioni si esauriscono in una diversa opinione dello stesso stato di fatto e non sono atte a mettere in dubbio, tramite elementi medici oggettivi, le conclusioni dei consulenti del \_\_\_\_\_. In particolare nel rapporto del 29 ottobre 2019 (doc. IV) prodotto con il ricorso, il dr. med. \_\_\_\_\_ si limita a riportare i mali soggettivi riferiti dall’assicurata e le giornate tipo trascorse dall’insorgente, già ampiamente descritti dalla ricorrente stessa nei suoi allegati, senza tuttavia apportare reperti medici oggettivi atti a mettere in dubbio le convincenti, motivate ed approfondite valutazioni peritali, con le quali neppure si confronta. Va poi qui rammentato che in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Non vi sono pertanto elementi per ritenere adempiute le condizioni per poter ottenere un assegno per grandi invalidi dell’AI. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha affermato che per quanto di competenza neurologica, l’assicurata non necessita dell’aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e neppure di un accompagnamento regolare nell’organizzazione della realtà (cfr. pag. 559-560 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia ha affermato di aver “ ritenuto l’assicurata per quanto riguarda le sue problematiche prettamente relazionate all’apparato muscolo-scheletrico, abile al lavoro nella forma completa con un rendimento del 100%. Non trovo una correlazione fra i disturbi dell’assicurata e i reperti di tipo clinico e radiologico in ambito reumatologico. Da questo punto di vista ritengo quindi che l’assicurata non presenti necessità di aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. Non necessita di sorveglianza personale. Non necessita di accompagnamento regolare nell’organizzazione della realtà quotidiana ” (pag. 557 incarto AI). Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha dichiarato che dal lato psichiatrico la ricorrente non necessita dell’aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e non necessita di un accompagnamento regolare nell’organizzazione della realtà quotidiana (pag. 561 incarto AI). Quanto alla circostanza che la visita presso il consulente neurologo, dr. med. \_\_\_\_\_, sarebbe durata solo 10 minuti, e che lo specialista si sarebbe mostrato freddo nei suoi confronti, va rammentato che, secondo giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. STF 9C\_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C\_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con

riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). Inoltre non va dimenticato che di norma una perizia basata sui soli atti (“Aktengutachten”), senza visitare l’assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C\_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C\_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C\_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). Il dr. med. \_\_\_\_\_ il 3 luglio 2019 ha del resto preso posizione in merito alle osservazioni della ricorrente circa la visita peritale, rilevando che “l’esame si è svolto secondo le usuali modalità prendendo atto di tutta la documentazione, approfondendo l’anamnesi, eseguendo l’esame neurologico, valutando, come descritto, la documentazione radiologica a disposizione (RM lombare del 27.01.2015) e dunque le affermazioni della paziente secondo cui la consultazione sarebbe durata “al massimo dieci minuti” come pure le altre affermazioni riportate a pagina 15 del rapporto della Sig.ra \_\_\_\_\_ semplicemente non corrispondono al vero” (pag. 739 incarto AI). Non vi sono pertanto motivi per sovvertire le conclusioni del neurologo, dr. med. \_\_\_\_\_. La circostanza che il consulente dr. med. \_\_\_\_\_, reumatologo, secondo la ricorrente, avrebbe ritenuto inutile una valutazione reumatologica, non inficia certo il valore probatorio del suo consulto. Né vi sono motivi per non prendere in considerazione le valutazioni del perito psichiatra, dr. med. \_\_\_\_\_. Le affermazioni della ricorrente secondo cui lo specialista avrebbe rilevato la presenza di una depressione ma avrebbe detto di avere “le mani legate” non sono in nessun modo comprovate. Del resto, tra le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa figura comunque anche la “reazione depressiva in sindrome del disadattamento cronico (ICD-10 F43.2)”, sfociata poi in una distimia cronica (ICD-10 F34.1). Quanto al fatto che la perizia non è stata affidata anche ad un ginecologo o ad un uroginecologo, va evidenziato che il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in ginecologia, il 5 novembre 2014 (pag. 382 incarto AI), aveva ritenuto la necessità di approfondire l’aspetto neurologico, ciò che è stato fatto con la perizia del \_\_\_\_\_. Del resto con sentenza 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009 pubblicata in RtiD II-2010 a pag. 208, il TF ha già avuto modo di prendere posizione su una censura simile, affermando: "(...)

#### **E. 4.1**

A sostegno della sua tesi, il ricorrente osserva che non si tratta unicamente di statuire su due valutazioni mediche divergenti (quelle dei medici incaricati dall'assicuratore malattia, da un lato, e quelle dei medici curanti dall'altro), ma anche di considerare che il dott. F. \_\_\_\_\_ è passato all'atto di un delicato intervento chirurgico che è riuscito e che ora lo fa stare bene. Egli mette inoltre in dubbio il fatto che la Corte cantonale si sia fondata sul parere di esperti competenti, in possesso dei requisiti necessari. Sostiene al contrario che, essendo le ernie discali di competenza di un neurochirurgo, la valutazione del caso non poteva essere affidata a un reumatologo e a un chirurgo ortopedico.

#### **E. 4.2**

Nella misura in cui contesta, per la prima volta in sede federale, la competenza dei dott. G. \_\_\_\_\_ e R. \_\_\_\_\_, il ricorrente fa (implicitamente) valere un motivo di ricusa per fondati motivi ai sensi dell'art. 44 LPGA (cfr. Ueli Kieser, Arzt als Gutachter, in Arztrecht in der Praxis, 2a ed. 2007, pag. 438; lo stesso, ATSG-Kommentar, 2a ed. 2009, pag. 568, n. 18 all'art. 44). Già solo per questo motivo, ci si potrebbe seriamente domandare se la censura, che poteva senz'altro essere sollevata in sede cantonale, non sia contraria al

principio della buona fede, valido pure in ambito procedurale ( DTF 130 III 66 consid. 4.3 pag. 75; 127 II 227 consid. 1b pag. 230; 121 I 30 consid. 5f pag. 38), e in particolare all'obbligo incombente alle parti di invocare motivi di ricusazione non appena ne abbiano conoscenza (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 193/05 del 7 settembre 2006, riassunta in RSAS 2007 pag. 61, consid. 3.5). La questione può tuttavia rimanere indecisa in quanto il primo giudice poteva validamente e senza arbitrio fondarsi sulle valutazioni degli specialisti incaricati da [... omissis ...] per statuire sul merito. Basti a tal proposito rilevare che, come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. Per quanto concerne più precisamente la problematica relativa all'ernia discale - comunque convincentemente esclusa dai medici interpellati dall'opponente - va inoltre precisato che essa non necessariamente è di sola competenza del neurologo, ma può anche essere di pertinenza ortopedica (cfr., alla voce ernia discale, La grande enciclopedia medica UTET, 2007, VI vol., pag. 132), come del resto hanno già (implicitamente) avuto modo di rilevare in altre occasioni le istanze giudiziarie (in questo senso ad esempio sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 59/93 del 12 aprile 1994 consid. 2-4). Per il resto, le sentenze cui rinvia il ricorrente per dimostrare che la mancata specializzazione dei medici intervenuti determinerebbe una palese violazione del principio dell'accertamento d'ufficio dei fatti, riguardano accertamenti in ambito psichiatrico operati da medici non specialisti della specifica disciplina e non sono manifestamente pertinenti alla vertenza qui in esame. (...)"

Anche in concreto, rilevato come l'interessata, conformemente alla giurisprudenza (cfr. DTF 137 V 210), nell'ambito della richiesta di una rendita AI, è stata preventivamente resa attenta circa i nomi dei periti e la necessità di una perizia medica pluridisciplinare internistica, neurologica, psichiatrica e reumatologica (pag. 404 incarto AI) e non ha sollevato alcuna obiezione in merito alla loro specializzazione nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la ricusa (cfr. pag. 404 e seguenti incarto AI), ci si potrebbe chiedere se la sua censura non sia tardiva. Infine, circa la data del miglioramento dello stato di salute, questo TCA evidenzia che i periti, dopo esame dell'ampia documentazione contenuta nell'incarto, hanno concluso che “ nel progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 19.6.2017 all'A. era stata attribuita una rendita intera AI grado 100% dall'1.7.2015 sino al 31.5.2016 e che nel rapporto del Servizio Medico Regionale del 6.6.2016 (rapporto stilato dopo la perizia medica datata 27.5.2015 effettuata dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina fisica e riabilitazione presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) viene descritta un'incapacità lavorativa totale dal 15.7.2014 ed un'incapacità lavorativa nella misura del 25% dal 24.5.2016 sia nell'attività abituale che in attività adeguata: si ritiene, sulla base di quanto scaturito dalla presente valutazione peritale, che al più tardi da maggio 2016 valga una capacità lavorativa nella misura del 100% in qualunque attività sino ad oggi e continua ” (pag. 24 della perizia = pag. 435 incarto AI). Questo Tribunale, alla luce della documentazione medica agli atti non ha alcun motivo per scostarsi dalle convincenti e motivate valutazioni dei periti del \_\_\_\_\_ in merito alla data del miglioramento dello stato di salute della ricorrente. Del resto i periti non sostengono che la capacità lavorativa dell'insorgente è migliorata nel maggio 2016, ma che al più tardi da tale data il miglioramento è attestato. Infatti, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha visitato la ricorrente il 28 gennaio 2016 ed il 23 maggio 2016 nell'ambito della perizia affidatale dall'UAI aveva già potuto accertare una capacità lavorativa del 75% dal 24 maggio 2016 nella precedente attività di terapista comportamentale. Secondo i periti, giustamente, non vi

sono evidenze mediche per prolungare tale inabilità oltre la fine del mese di maggio 2016.

2.9. La ricorrente fa poi valere un peggioramento del suo stato valetudinario derivante da una caduta avvenuta l'8 marzo 2019. La documentazione prodotta non permette tuttavia di sovvertire l'esito della vertenza. I medici non attestano alcuna incapacità lavorativa e non sostengono che l'insorgente sia affetta da una patologia invalidante. Dalle tavole processuali emerge che l'interessata è stata vittima di una caduta avvenuta l'8.03.2019 che ha comportato " un trauma distorsivo alla caviglia destra e al ginocchio destro " (cfr. referto del 17 giugno 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_). Ella presenta degli edemi declivi, ossia dei gonfiori agli arti inferiori e delle tumefazioni delle parti molli in sede peri-malleolare laterale, con una lesione parziale del legamento astragalico peroneale posteriore, ma non è presente alcuna frattura. Non vi sono neppure segni di instabilità. Quale terapia è stata proposta una fisioterapia, bendaggio gamba e calza elastica. Già in occasione della visita del 9 aprile 2019 presso il dr. med. \_\_\_\_\_ c'è stato un miglioramento dello stato di salute con la ricorrente in grado di flettere le dita. Secondo gli esami effettuati " apparentemente non segni di trombosi " e la situazione venosa è assolutamente blanda. Come evidenziato dal consulente in reumatologia, dr. med. \_\_\_\_\_, si tratta di " alterazioni queste da considerare piuttosto aspecifiche e con un'evoluzione dei disturbi seppur protratta non particolarmente invalidante, in particolar modo per quanto riguarda le attività professionali svolte prevalentemente di tipo cognitivo. Il protrarsi della sintomatologia, oltre i tre mesi dall'infortunio, potrebbe essere indicativo di una problematica non soltanto di pertinenza somatica quindi non riconducibile a una problematica di tipo reumatologico " (pag. 737 incarto AI). Di nessun aiuto alla ricorrente è il certificato del 17 giugno 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna FMH, che si è limitato ad affermare di avere in cura la ricorrente dal 2018 a causa di una neuropatia genitofemorale e che la situazione è peggiorata a causa della citata caduta. La richiesta del curante di un aiuto finanziario per la posa di corrimano e per adattare i comandi dell'auto esula dalla presente vertenza ed è oggetto di altra procedura (cfr. doc. X). Essa è pertanto irricevibile. Infine, il certificato del 7 dicembre 2019 (doc. VIII/1) della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, non apporta elementi di novità. La specialista, che non pone una diagnosi secondo criteri scientificamente riconosciuti e che si limita a sostenere, senza apportare elementi medici oggettivi, che la ricorrente soffre di uno stato ansioso-depressivo maggiore e che negli ultimi mesi è più affaticata e di umore più triste anche perché non le viene offerto il sostegno necessario alla sua situazione da parte degli uffici specializzati, non evidenzia elementi che possano far ritenere l'adempimento dei criteri per poter ottenere l'assegno per grandi invalidi dell'AI (necessità dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, necessità di sorveglianza personale, necessità di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana). In queste condizioni non vi è alcun motivo per scostarsi dalla decisione impugnata e per allestire una perizia giudiziaria, poiché gli atti medici prodotti dalle parti sono sufficienti per esprimersi nel merito della vertenza. Questo Tribunale, ritenuto che i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2). 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 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., 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. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico della ricorrente.

#### **E. 42**

cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato grande invalido (art. 9 LPGA) con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGA) in Svizzera ha diritto a un assegno per grandi invalidi.

La grande invalidità può essere di grado elevato, medio o lieve (art. 42 cpv. 2 LAI).

Giusta l'art. 42 cpv. 3 LAI, è considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana. Chi soffre unicamente di un danno alla salute psichica ha diritto almeno a un quarto di rendita. Chi ha bisogno unicamente di essere accompagnato in modo permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana è considerato grande invalido di grado lieve.

L'art. 37 cpv. 1 OAI stabilisce che la grande invalidità è reputata di grado elevato se l'assicurato è totalmente grande invalido. Ciò è il caso quando necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi per compiere tutti gli atti ordinari della vita e il suo stato richiede inoltre cure permanenti o una sorveglianza personale.

Per il capoverso 2 dell'art. 37 OAI, la grande invalidità è di grado medio se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari, necessita:

- a. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere la maggior parte degli atti ordinari della vita,
- b. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di una sorveglianza personale permanente,
- c. di aiuto regolare e notevole di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita e abbisogna, inoltre, di un accompagnamento permanente nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 38 OAI.

Infine, l'art. 37 cpv. 3 OAI stabilisce che la grande invalidità è di grado lieve se l'assicurato, pur munito di mezzi ausiliari:

- a. è costretto a ricorrere in modo regolare e considerevole, all'aiuto di terzi per compiere almeno due atti ordinari della vita;
- b. necessita di una sorveglianza personale permanente;

c. necessita, in modo durevole, di cure particolarmente impegnative, richieste dalla sua infermità;

d. a causa di un grave danno agli organi sensoriali o di una grave infermità fisica, può mantenere i contatti sociali con l'ambiente solamente grazie a servizi di terzi forniti in modo regolare e considerevole; oppure

e. è costretto a ricorrere a un accompagnamento costante nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 38.

A norma dell'art. 38 cpv. 1 OAI, esiste un bisogno di accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana ai sensi dell'art. 42 cpv. 2 LAI quando un assicurato maggiorenne non vive in un'istituzione e a causa di un danno alla salute:

a. non può vivere autonomamente senza l'accompagnamento di una terza persona;

b. non può compiere le attività della vita quotidiana e intrattenere contatti fuori casa senza l'accompagnamento di una terza persona; oppure

c. rischia seriamente l'isolamento permanente dal mondo esterno.

L'accompagnamento di cui all'art. 38 cpv. 1 lett. a OAI non comprende né l'aiuto (diretto o indiretto) di terzi per compiere i suoi atti ordinari della vita, né le cure o la sorveglianza personale. Si tratta invece di un elemento di aiuto complementare e autonomo (DTF 133 V 450; STF9C\_28/2008 del 21 luglio 2008 consid. 2.2).

Secondo l'art. 42 cpv. 4 LAI, l'assegno per grandi invalidi è accordato al più presto dalla nascita e al più tardi fino alla fine del mese in cui l'assicurato ha fatto uso del diritto al godimento anticipato della rendita secondo l'articolo 40 capoverso 1 LAVS o in cui raggiunge l'età di pensionamento. L'inizio del diritto è retto, a partire dal compimento del primo anno di età, dall'articolo 29 capoverso 1.

Giusta l'art. 42ter cpv. 1 LAI il grado personale di grande invalidità è determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi: l'assegno mensile in caso di grande invalidità di grado elevato ammonta all'80%, in caso di grande invalidità di grado medio al 50% e in caso di grande invalidità di grado lieve al 20% dell'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS. L'assegno per gli assicurati minorenni è calcolato sotto forma di importo giornaliero.

Dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, i periti non hanno posto nessuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa. Essi hanno invece posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di stato dopo strappo muscolare agli adduttori a destra più che a sinistra, lombalgie nell'ambito di alterazioni degenerative iniziali, sindrome algica a livello del bacino inferiore ed in parte della coscia destra ed al quadrante inferiore dell'addome a destra non spiegate da patologia di competenza neurologica, disturbo alla marcia di origine funzionale, eventualmente in parte antalgica, reazione depressiva di sindrome del disadattamento cronico (ICD-10 F 43.2) sfociata in distimia cronica (ICD-10 F34.1).

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, ha affermato:

"()

Ha poi presentato dei dolori alla zona pelvica, alla sinfisi, all'interno delle gambe a destra più che a sinistra e posteriormente a entrambe le gambe sempre a destra più che a sinistra nonché alla zona sacrale dopo un intervento chirurgico con posa di un nastro transotturatorio per un'incontinenza urinaria da stress il 15.07.2014.

È stata valutata in seguito alla persistenza di questi disturbi da tutta una serie di specialisti nel campo della ginecologia, dell'urologia e della neurologia.

( )

Attualmente sono presenti dei dolori ai movimenti della colonna lombare con sensazioni di cedimento delle gambe alla estensione e dolori soprattutto al fianco destro quando si piega sul lato sinistro.

L'assicurata cammina trascinando la gamba destra.

Vi sono delle difficoltà nel movimento dell'anca destra per un bloccaggio della stessa effettuato attivamente dall'assicurata a seguito dei dolori risentiti. Non vi sono patologie locali significative dal punto di vista muscolo-scheletrico in particolar modo nessuna patologia degenerativa infiammatoria a livello della colonna lombare e delle articolazioni sacro-iliache.

Nessuna patologia diretta alla zona dell'anca destra.

Dal punto di vista reumatologico non riscontro una correlazione fra i disturbi accusati dall'assicurata e i reperti clinici e radiologici. Sarà da valutare in altro ambito (per esempio neurologico) quali siano le patologie che portano a questa sintomatologia dolorosa invalidante.

Dal punto di vista prettamente reumatologico non vi sono limitazioni funzionali.

Essa è quindi da sempre per quanto concerne le problematiche reumatologiche da considerare abile al lavoro nella forma completa per un'attività professionale da svolgere sull'arco di un'intera giornata con un rendimento del 100% e questo anche come casalinga (pag. 18-19 perizia, 429-430 incarto AI)

Da parte sua il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha affermato:

In seguito ad un intervento ginecologico il 15 luglio 2014 la paziente ha sviluppato, immediatamente dopo l'intervento, dolori a livello pelvico irradianti alle regioni prossimali delle cosce, come pure disturbi alla marcia.

Inizialmente le limitazioni erano tali che aveva necessitato dell'utilizzo di una sedia a rotelle, della quale necessita ancora solo per spostamenti lunghi, altrimenti utilizza stampelle e per brevi tratti al proprio domicilio riesce a camminare anche senza bisogno di mezzi ausiliari.

All'esame neurologico non vi sono assolutamente deficit a livello cranico e degli arti superiori.

Agli arti inferiori la paziente presenta un importante risparmio di tutti i movimenti alla gamba destra.

Descrive anche un deficit sensitivo algico e tattile a tutta la coscia destra, sia anteriormente che posteriormente senza una distribuzione radicolare o in tutti i casi anatomicamente riferibile ad un danno di strutture nervose locali.

I riflessi osteotendinei sono ben evocabili. Non si trovano paresi riferibili con certezza a lesioni organiche del sistema nervoso: la paziente presenta un netto risparmio di qualunque movimento della gamba destra, con caratteristiche però di tipo funzionale o eventualmente antalgico ma non tipicamente di origine organica.

Questo corrisponde anche a precedenti valutazioni neurologiche. Ricordo che la paziente è già stata sottoposta ad almeno due indagini elettrofisiologiche molto dettagliate, di cui una anche all'ospedale universitario di \_\_\_\_\_, senza che venissero constatate possibili lesioni nervose.

Penso di poter confermare anche questa volta questa valutazione.

Al limite si potrebbe ipotizzare che vi sia stato almeno a livello addominale un discreto danno di nervi cutanei locali ma sicuramente nulla che possa spiegare l'importante deficit motorio e anche disturbi di sensibilità diffusi a tutta la coscia descritti.

Ritengo dunque che in primo piano vi siano dolori a livello del bacino e in parte della coscia destra non spiegati da una patologia neurologica organica.

Anche il disturbo della marcia è di origine funzionale e non organica.

I sintomi non sembrano comunque essere dovuti a simulazione.

D'altro canto si tratta di disturbi che non coinvolgono gli arti superiori e i nervi cranici. La paziente può dunque sicuramente svolgere senza limitazioni maggiori, almeno per quel che riguarda gli aspetti neurologici, la professione di psicologa. Potrebbe essere limitata per attività che necessitano di posizione eretta prolungata o importanti spostamenti a piedi. Questo comunque per la problematica di tipo psicogeno. ( ) (pag. 19-20 perizia, pag. 430-431 incarto AI)

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato:

Siamo confrontati con una giovane donna che presenta una sindrome pelvica dolorosa cronica dopo essere stata sottoposta ad un intervento alla vescica urinaria a seguito del quale e nonostante la messa in atto di diversi accertamenti specialistici e provvedimenti terapeutici si è creata una condizione di impasse a causa della intensa sintomatologia algica accusata dall'A. nell'ambito di una sindrome del dolore neuropatico in associazione ad una importante riduzione dell'attività motoria. Per via della sindrome dolorosa cronica e delle gravi difficoltà motorie l'A. è stata sottoposta ad un intenso lavoro di fisioterapia a livello sia ambulatoriale che stazionario oltre ad una terapia antalgica con anestetici locali e oppiacei per via generale mentre collateralmente ha beneficiato di un sostegno psicologico e attualmente psichiatrico ambulatoriale indirizzato a migliorare l'accettazione del danno organico subito che ha portato con sé la disattesa delle sue aspettative di diventare madre e più in generale ha minato la fiducia nelle sue possibilità di riuscita essendo stata costretta ad adattarsi alla situazione venutasi a creare e a rinunciare alla idea di esercitare la sua professione di psicopedagoga a causa delle forti limitazioni fisiche.

Nelle condizioni attuali il quadro distimico cronico di lieve entità di cui risulta affetta l'A. non è a mio avviso di portata tale da comportare una riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista specialistico (pag. 20-21 perizia, pag. 432-433 incarto AI)

I periti del \_\_\_\_\_ hanno concluso affermando che l'attuale grado di capacità lavorativa globale, dal punto di vista reumatologico, neurologico e psichiatrico è considerato nella misura del 100% nelle attività da ultimo esercitate (pag. 21 perizia, pag.

432 incarto AI). Essi hanno aggiunto che dal punto di vista reumatologico, neurologico e psichiatrico non vi sono patologie che inficiano la capacità lavorativa dell'assicurata in qualunque attività. Dal punto di vista prettamente reumatologico non vi sono limitazioni funzionali. Dal punto di vista neurologico l'Assicurata è in grado di svolgere anche altre attività senza limitazioni maggiori. Anche il consulente in psichiatria non ha riscontrato vere e proprie limitazioni funzionali dal lato strettamente psichiatrico, ritenendo che nelle condizioni attuali il quadro distimico cronico di lieve entità di cui risulta affetta l'Assicurata non è di portata tale da comportare una riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista specialistico (pag. 21 perizia, pag. 432 incarto AI).

Nel rapporto finale del 5 ottobre 2018 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha confermato le conclusioni della perizia del \_\_\_\_\_, ed ha stabilito che l'Assicurata è stata totalmente inabile al lavoro dal 15 luglio 2014 al mese di maggio 2016 ed in seguito ha riacquisito una totale capacità lavorativa (doc. 112 incarto AI, pag. 465 e seguenti incarto AI).

Il 23 ottobre 2018 l'Assicurata ha inoltrato una domanda di assegno per grandi invalidi dell'INAIL, indicando di necessitare dell'aiuto regolare e notevole di terzi per svolgere numerosi atti ordinari della vita a causa del danno alla salute insorto dal luglio 2014 in seguito ad un intervento chirurgico urologico, e meglio vestirsi/svestirsi, alzarsi/sedersi/corricarsi, cura del corpo, fare i propri bisogni e spostarsi (uso stampelle e sedia a rotelle), necessita inoltre di sorveglianza personale e di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana (doc. AI 120, 122, 126-127, 135).

Il 31 ottobre 2018 il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale/omeopatia, ha scritto all'INAIL sostenendo che la situazione dell'Assicurata è in continuo peggioramento ed ha rinviato al precedente scritto del 10 gennaio 2018 (doc. 123 incarto AI).

La ricorrente ha poi prodotto, unitamente alle sue osservazioni al progetto di decisione della rendita AI, segnatamente un certificato del 6 novembre 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, il quale, descrive la situazione e rileva che al momento attuale, sempre in seguito all'operazione già citata, la paziente presenta una sindrome doloroso complesso regionale a livello perineale con deficit neuro-motorici, parestesie e dolori neuropatici grado 9/10 se senza terapia. Le difficoltà motoriche sono a voi note, la paziente deve camminare sempre con stampelle o l'aiuto di un, e le riesce solo per brevi percorsi, altrimenti subentra un forte dolore nella zona pelvica. La posizione eretta le è pure difficile da mantenere e anche se seduta deve cambiare spesso di posizione. La regione pelvica ha un'iposensibilità di alcune zone nella parte destra. In generale, il dolore è controllato al momento con Buprenorfina transdermica e infiltrazioni regolari dell'articolazione sacroiliaca destra e dei nervi ileopopastro e pudendo. Delle volte deve aggiungere altri analgesici per lenire il dolore. La paziente si è già sottoposta a plurimi tests e procedure terapeutiche con solo minimi progressi. L'attuale medicazione con farmaci morfinaici (Buprenorfina) e altri farmaci antidolorifici mettono seri dubbi sulla possibile continuità professionale della paziente a causa dei disturbi che causano difficoltà psicomnemoniche. L'incapacità lavorativa è di 100% al momento attuale, come lo è stato all'inizio della problematica e non si vedono a breve-medio termine modifiche importanti. (pag. 522 incarto AI).

L'interessata ha prodotto anche un referto del 5 novembre 2018 della fisioterapista \_\_\_\_\_, la quale ha affermato che la situazione è uguale più o meno a quella descritta

nel 2015 con qualche miglioramento a livello deambulatorio e di divaricazione degli arti inferiori. Ella rileva che l'assicurata nella scala del dolore da 0 a 10, valuta la soglia del dolore a 8/10 (pag. 526-531 incarto AI).

Il 28 novembre 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato il contenuto del modulo per la richiesta dell'assegno per grandi invalidi dell'AI ed ha indicato che la prognosi è suscettibile di peggioramento e la grande invalidità può essere diminuita impiegando quali mezzi ausiliari la sedia a rotelle e le stampelle (pag. 537 incarto AI).

Il 23 gennaio 2019 anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha confermato la correttezza delle indicazioni figuranti nel formulario per la richiesta dell'assegno per grandi invalidi dell'AI, indicando che la diagnosi è stazionaria e che la grande invalidità non può essere diminuita tramite mezzi ausiliari (pag. 542 incarto AI).

Chiamati ad esprimersi in merito, il 29 marzo 2019 i periti del \_\_\_\_\_ non hanno rilevato alcun motivo per scostarsi dalle loro precedenti valutazioni (doc. 142 incarto AI, pag. 549 e seguenti incarto AI).

In particolare il dr. med. \_\_\_\_\_ rileva che la documentazione esaminata non porta nuovi elementi oggettivi rispetto a quanto già descritto in aprile 2018. Ricordo in particolare che non si riscontravano deficit neurologici riferibili a lesioni organiche e che le caratteristiche dei sintomi ed in particolare anche dei disturbi della marcia erano di tipo principalmente funzionale, come già descritto anche a precedenti valutazioni neurologiche tra cui quella eseguita alla clinica neurologica dell'Ospedale Universitario di \_\_\_\_\_ l'11.10.2017 (pag. 559 incarto AI). Circa l'assegno per grandi invalidi, il dr. med. \_\_\_\_\_ afferma che per quanto di competenza neurologica, l'assicurata non necessita dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e neppure di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana. A proposito in particolare del certificato redatto dal Dr. \_\_\_\_\_ il 23.01.2019 ricordo che nel suo rapporto datato 17.01.2018, oltre alla diagnosi citata scriveva chiaramente "senza patologia organica neuromuscolare sottogiacente" confermando a sua volta dunque l'assenza di patologie neurologiche organiche (pag. 559-560 incarto AI).

Per quanto riguarda l'assegno per grandi invalidi, il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia ha affermato di aver ritenuto l'assicurata per quanto riguarda le sue problematiche prettamente relazionate all'apparato muscolo-scheletrico, abile al lavoro nella forma completa con un rendimento del 100%. Non trovo una correlazione fra i disturbi dell'assicurata e i reperti di tipo clinico e radiologico in ambito reumatologico. Da questo punto di vista ritengo quindi che l'assicurata non presenti necessità di aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. Non necessita di sorveglianza personale. Non necessita di accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana (pag. 557 incarto AI).

Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha dichiarato che dal lato psichiatrico la ricorrente non necessità dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e non necessita di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana (pag. 561 incarto AI).

Il 2 aprile 2019 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha confermato le valutazioni peritali in merito all'assegno per grandi invalidi, non ritenendo adempiti i presupposti per un suo

riconoscimento (pag. 563 incarto AI).

Nell'ambito del ricorso contro la decisione del 9 aprile 2019 di assegnazione di una rendita limitata nel tempo, l'assicurata il 14 giugno 2019 ha allegato ulteriori atti medici in relazione con la caduta dell'8 marzo 2019 (pag. 708 e seguenti incarto AI).

Ella ha trasmesso un referto intitolato ■visita ambulatoriale del 6.03.2019■ (pag. 708 incarto AI) dove il dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico, membro FMH della \_\_\_\_\_, ha diagnosticato un trauma distorsivo caviglia dx (8.3.2019), un trauma contusivo ginocchio dx (8.3.2019) e ■DD: nevralgia peronei■. Il medico fa stato di un esame obiettivo del 13 marzo 2019 dove viene accertata una tumefazione al malleolo esterno e al dorso del piede, dolori alla palpazione dei legamenti FA ed FC, dolori al mesopiede e al 1/3 prossimale della gamba, loggia dei peronei molle, sensibilità al piede come da controlaterale, ■non riesce a flettere dorsalmente il piede e lidita■, non mantiene in posizione di 90° il piede dopo il rilascio, prima del trauma riusciva a sollevare il piede e a muovere le dita con un po' di difficoltà (movimenti lenti rispetto al controlaterale). Egli cita inoltre la rx alla caviglia destra e rx ginocchio destro dell'8 marzo 2019, da cui emerge, circa la caviglia destra: ■rapporti articolari conservati, non lesione ossea recente ma tumefazione delle parti molli in sede peri-malleolare laterale■ e per quanto concerne il ginocchio destro: ■rapporti articolari conservati. Non frattura. Non versamento articolare■. Viene inoltre citata una rx gamba dx e piede dx ■non fratture visibili (in attesa del referto del radiologo)■.

Il dr. med. \_\_\_\_\_ circa il procedere ha poi aggiunto: ■13.3.2019 Continua fisioterapia Si consiglia visita specialistica presso il proprio neurologo Dr. \_\_\_\_\_ ( )■.

L'assicurata ha allegato il referto del pronto soccorso dell'\_\_\_\_\_ dell'8 marzo 2019 (pag. 710 incarto AI) dove emerge che l'insorgente ■riferisce caduta accidentale di questo pomeriggio con trauma al ginocchio dx ed alla caviglia dx. Paziente con deficit motorio dell'arto inferiore dx. Paziente in terapia con cannabinoidi ed oppiacei per dolori cronici■. Circa lo status si legge: ■dolore a carico del legamento fibulo-talare anteriore. Dolore alla mobilizzazione in prono-supinazione. Non instabilità apparenti al cassetto anteriore e al ralar tilt test. Dolore diffuso al ginocchio dx, non segni di instabilità.■ Per quanto concerne le radiografie è segnalato: ■non fratture■ ed è stata posta la diagnosi di trauma distorsivo caviglia dx. Trauma contusivo ginocchio dx.

Vi è poi il referto intitolato ■visita ambulatoriale del 7.05.2019■ del dr. med. \_\_\_\_\_ (pag. 711 incarto AI), da cui emerge una visita del 9.4.2019 con l'indicazione ■edema e dolore al ¼ distale del polpaccio edema al piede Riesce a flettere le dita■ e una del 7 maggio 2019 dove figura ■va un po' meglio rispetto alla visita precedente Continua ad avere edemi declivi Ha recuperato una leggera mobilità delle dita (riesce ad aprirle ma non a fletterle) Rigidità del piede e dolori alla mobilizzazione passiva Dolori alla palpazione dei legamenti FA ed FC Ha difficoltà ad indossare le calze elastiche■. Tra gli esami radiologici figura un eco-doppler non TVP Doppler venoso arto inferiore destro del 9 aprile 2019 con l'indicazione ■trombosi?■ e nel referto: ■L'indagine ecografica mostra un sistema venoso profondo regolarmente campionabile fino in sede medio-distale di gamba. In queste sedi le vene sono attualmente tutte comprimibili. Apparentemente non segni di trombosi venosa profonda. Si conferma il linfedema sottocutaneo a livello della caviglia e del piede soprattutto in sede dorsale. Eventuale ricontrollo nel decorso se persiste sintomo clinico.■

Circa il procedere, in data 9 aprile 2019 figura: ■ continua fisioterapia Bendaggio gamba e calza elastica appena riesce ad indossarla. Prossimo controllo previo appuntamento telefonico■ e in data 7 maggio 2019: ■ Prevista visita specialistica dal Dr. \_\_\_\_\_ dal proprio medico curante Dr. \_\_\_\_\_ Continua fisioterapia Drenaggio linfatico Bendaggio compressivo, calza elastica con zip■.

L■insorgente ha prodotto una valutazione flebologica del 13 maggio 2019 (pag. 714 incarto AI) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH angiologia-flebologo, consulente \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, Certificato di laser venoso endovascolare (\_\_\_\_\_), il quale ha affermato che ■( ) ho visto in data odierna questa tua paziente nota per una neuropatia genitofemorale e probabilmente anche dei nervi motori all■arto inferiore destro successivi ad intervento chirurgico con bendaggio uretrale trans inguinale nel 2014. Da allora dolore cronico trattato con oppioidi. Presenta anche edemi declivi oltre che una pregressa distorsione alla caviglia destra che le avrebbe arrecato ulteriori gonfiori con edema linfatico ora comunque in lieve regressione. Al mio duplex odierno la situazione venoso è assolutamente blanda. Ho potuto quindi tranquillizzare la paziente dicendo eventualmente di utilizzare delle calze compressive che nella forma standard o con la cerniera sarebbero difficili da indossare ma che eventualmente utilizzando quelle con gli strap al velcro possono avere senso. La paziente si rivolgerà ad un negozio ortopedico di fiducia per valutare la possibilità di trovarne un paio.■

La ricorrente ha infine allegato la MR della caviglia dx nativa del 9 maggio 2019 del \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_ (doc. 715 incarto AI), allestito dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dove risulta: ■edema da impatto del talo, della grande apofisi anteriore del calcagno, della base del cuboide e lieve edema anche della base del V metatarso senza riconoscere fratture. Versamento intrarticolare. Edema dei tessuti molli superficiali. Integri i legamenti tibio-peroneali. Lesione parziale del legamento astragalo peroneale posteriore con possibile interessamento della membrana interossea. Legamento deltoideo regolare; integri i peronei e il tendine tibiale posteriore. Conclusioni: non fratture. Edema da impatto del talo, calcagno, cuboide e base del V metatarso. Versamento intrarticolare. Lesione parziale del legamento astragalico peroneale posteriore.■

Il 26 giugno 2019 la ricorrente ha prodotto un certificato del 17 giugno 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna FMH che ha certificato ■che la citata paziente è in mia cura del 2018 a causa di una neuropatia genitofemorale. Ultimamente la sua situazione si è notevolmente peggiorata anche a causa di una caduta avvenuta l■8.03.2019 che ha comportato un trauma distorsivo alla caviglia destra e al ginocchio destro. Si muove con la sedia a rotelle e stampelle per cui avrebbe bisogno di aiuto finanziario per la posa di un corrimano sulle scale, adattare i comandi della macchina alla sua nuova situazione■(pag. 718 incarto AI).

L■UAI ha sottoposto la nuova documentazione al \_\_\_\_\_, che si è riconfermato nelle precedenti valutazioni sia per quanto concerne il diritto alla rendita AI, che per quanto riguarda l■assegno per grandi invalidi dell■AI (pag. 730 e seguenti incarto AI).

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia, il 5 agosto 2019, in relazione al trauma distorsivo alla caviglia destra e al trauma contusivo del ginocchio destro dell■8 marzo 2019, afferma che ■non vi sono dei reperti radiologici che mostrino delle fratture. Viene descritto a una RM della caviglia destra del 09.05.2019 un edema da impatto talo-calcagno, cuboide e base del V metatarso con una lesione parziale del legamento astragalico

peroneale posteriore. Alterazioni queste da considerare piuttosto aspecifiche e con un'evoluzione dei disturbi seppur protratta non particolarmente invalidante, in particolar modo per quanto riguarda le attività professionali svolte prevalentemente di tipo cognitivo. Il protrarsi della sintomatologia oltre i tre mesi dall'infortunio, potrebbe essere indicativo di una problematica non soltanto somatica quindi non riconducibile a una problematica di tipo reumatologico (pag. 737 incarto AI).

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, afferma che:

si deve nuovamente sottolineare la grave discrepanza tra i sintomi descritti (paziente immobilizzata a letto, con grave disabilità motoria, con dolori atroci, con continui svenimenti) e i reperti clinici oggettivi complessivamente nella norma, come era stato altronde documentato anche in occasione di altre valutazioni neurologiche tra cui quelle citate presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

Per inciso anche la valutazione dell'ambulatorio di Neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 21.07.2016 (dunque comunque antecedente la valutazione eseguita a \_\_\_\_\_), non metteva comunque in evidenza deficit maggiori e anzi si descriveva che la marcia aveva un aspetto bizzarro (vedi pagina 2 del rapporto del 21.07.2016 dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_), espressione che indica chiaramente l'ipotesi che non si tratti di un disturbo della marcia di origine organica.

Infine alcune brevi osservazioni per quel che riguarda la visita neurologica da me eseguita il 30.04.2018: l'esame si è svolto secondo le usuali modalità prendendo atto di tutta la documentazione, approfondendo l'anamnesi, eseguendo l'esame neurologico, valutando, come descritto, la documentazione radiologica a disposizione (RM lombare del 27.01.2015) e dunque le affermazioni della paziente secondo cui la consultazione sarebbe durata al massimo dieci minuti come pure le altre affermazioni riportate a pagina 15 del rapporto della Sig.ra \_\_\_\_\_ semplicemente non corrispondono al vero. ( ) (pag. 739 incarto AI)

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, il 19 luglio 2019, si è riconfermato nella sua valutazione (doc. 742 incarto AI).

Con il ricorso, oltre alla documentazione già nota, l'insorgente ha prodotto un referto del 29 ottobre 2019 del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, il quale ha affermato:

Purtroppo la situazione attuale si è aggravata col passare degli anni e ha subito un incremento significativo occorso il 8 marzo di quest'anno cadendo dalle scale, da ricondurre quale causale in buona parte ai suoi disturbi di mobilità, in particolare dolori e mancanza di forza e di sensibilità all'arto inferiore destro. L'ultima lesione provoca delle nuove problematiche, diagnosticate da diversi medici specialisti, tra le altre una mancanza di sensibilità e di parte di forza con impossibilità di flessione dorsale del piede destro e delle prime due dita dello stesso arto. La signora RI 1 presenta adesso uno streppage a destra, ragion per cui si avvale di una stecca di Heidelberg che ha reso un po' migliore la situazione. Inoltre all'esame clinico la gamba destra è più edematosa di quella sinistra.

A causa delle patologie suindicate la paziente è molto limitata nel suo quotidiano come l'impossibilità di vestirsi da sola la parte inferiore del corpo, sollevare pesi, stare in piedi oltre 5-10 minuti, lavarsi, salire e scendere scale, non riesce a prepararsi i pasti da sola e ha limitazioni in tanti altri gesti abituali.

Appena sveglia non riesce subito a muovere normalmente le gambe e il bacino. Ha sempre bisogno di diversi minuti per recuperare il poco movimento delle gambe e del bacino, si sveglia senza sentirle. Nelle mattine del fine settimana il marito la aiuta con dei massaggi c/o movimenti imparati dai fisioterapisti dove è in cura, movimenti che purtroppo spesso aggiungono più dolore. Quando è da sola ci mette molto tempo per riuscire ad alzarsi dal letto usando le stampelle.

Per facilitare il vestirsi lascia la sera i vestiti per il prossimo giorno vicino al letto. Dopo la caduta del marzo 2019 ha spesso bisogno di essere aiutata per le parti inferiori del corpo. Le capita di non riuscire a cambiarsi i vestiti a causa del dolore e deve rimanere a dormire dove si trova.

Al riguardo dell'igiene, deve sempre far uso di una piccola sedia nella doccia e chiaramente ha bisogno dell'aiuto per entrare e uscire dalla stessa, così come per lavarsi, tagliare/curare le unghie dei piedi e altri gesti. Dopo la caduta del marzo 2019 questi bisogni si sono accentuati.

Dipende completamente dall'aiuto degli altri per poter cucinare così come per apparecchiare/sparecchiare la tavola, pulire le stoviglie ecc. Ogni tanto le capita di mangiare il primo pasto della giornata dopo le ore 14.00 - 15.00 che di solito è frutta, non riuscendo più da sola a preparare un vero pasto dal 15.07.2014. Quello che riesce a preparare da sola oggi sono solo panini e insalate. Le è impossibile estendere i panni lavati, stirarli e disporli negli armadi.

La signora RI 1 non esce mai da sola in quanto non soltanto non può guidare, e non si sente sicura, nel camminare anche con le stampelle. Esce per andare dai medici e dal fisioterapista sempre accompagnata in auto. La sua vita sociale è ridotta talmente tanto da poter dire che sia inesistente. Ha perso quasi tutti i suoi amici perché non può più uscire con loro, avere una cena o un pranzo in famiglia o fra gli amici, partecipare a eventi culturali o andare in vacanza. Non riesce nemmeno a invitarli a cena a casa sua in quanto non riesce a restare seduta sulla sedia per oltre 20 minuti senza l'acuirsi di dolori. Cammina sempre con le stampelle e per le distanze di oltre 20 metri fa uso di una sedia a rotelle. Il massimo peso che può sollevare da sola è di circa 400-500 grammi. Chiaramente, salire o scendere le scale le è quasi impossibile sia per la disabilità fisica, sia per l'acuirsi dei dolori.

Questione di estrema importanza da tenere in considerazione è che la signora RI 1, a causa dei suoi dolori, deve assumere degli oppioidi in continuazione perché sono i medicinali analgesici che nel suo caso le hanno permesso di meglio lenire gli stessi, anche per gli effetti secondari sullo stomaco, intestino o la mancanza di azione di altre classi di farmaci. Purtroppo però gli effetti secondari di questa terapia sono diversi, tra i quali la mancanza di capacità di concentrazione mentale, la sonnolenza, la diminuzione dei riflessi, l'impossibilità di ascolto continuato, vertigini, disturbi del sonno, disturbi dell'equilibrio, disturbi della parola, ecc.. Tutto quanto sopra fa sì che per lei sia praticamente impossibile esercitare come psicologa, tanto meno per gestire bambini con diverse incapacità o problematiche, se non per le questioni intellettive che sono ridotte a causa dell'assunzione di oppioidi, anche per le menomazioni fisiche che le impediscono di aiutare i bambini nel caso in cui inciampino o abbiano altre difficoltà o bisogni.

Da parte vostra avete concesso alla signora RI 1 una rendita di invalidità al 100% a partire dal 01.07.2015, poi sospesa. Non ha mai potuto riprendere una minima attività lavorativa da luglio 2014, soprattutto per i problemi fisici, i quali sono adesso peggiorati e ai quali va ad

aggiungersi la problematica relativa alla resa dei medicinali della paziente che ulteriormente complicano in modo palese una possibile ripresa dell'attività.

La signora RI 1 ha eseguito innumerevoli visite mediche per cercare una o più terapie che la potessero far uscire da questa situazione ma fino a questo momento le uniche soluzioni valide sono state una buona fisioterapia, un aiuto psicologico e la terapia con oppioidi; in caso di ri-acutizzazione dei dolori si procede con blocchi nervosi regionali.

( )

In sintesi, come ben documentato le condizioni di salute in generale della paziente sono molto peggiorate, sia per l'aggravarsi della sua situazione riguardo la possibilità di movimenti che è molto più ristretta che in precedenza, sia per il peggioramento psicomotorio dovuto all'assunzione di oppiacei e altri medicinali per lenire i dolori; tutto quanto giustifica in modo chiaro un'urgente rivisitazione del caso in questione in quanto. (pag. 861-863 incarto AI)

Il 9 dicembre 2019 la ricorrente ha prodotto il referto del 7 dicembre 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, la quale ha affermato che la paziente soffre di uno stato ansioso-depressivo maggiore cronico, apparso dopo l'intervento per incontinenza urinaria del 15.07.2014. Nonostante la grande sofferenza fisica (dolori persistenti nelle 24 ore del pavimento pelvico fino alle dita dei piedi, con scarsa capacità di deambulazione di ambo gli arti inferiori) la paziente cerca di sopportare con forza d'animo, impegno e tenacia e molta pazienza le piccole e grandi difficoltà della vita quotidiana. Negli ultimi mesi è più affaticata e di umore più triste anche perché non le viene offerto il sostegno necessario alla sua situazione da parte degli Uffici specializzati (doc. VIII/1).

2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389).

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii).

Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le

proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'■autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid.3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'■opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'■amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, ■La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali■, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'■ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'■esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere

fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

Il referto ed i suoi complementi sono da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente e i parametri per l'eventuale concessione di un assegno per grandi invalidi sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del \_\_\_\_\_.

Ai referti va attribuita piena forza probante.

Gli specialisti del \_\_\_\_\_ hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute della ricorrente prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'insorgente ed acquisita dall'UAI.

La ricorrente, del resto, come si vedrà in seguito, non apporta, in sede di ricorso, ulteriore documentazione medica atta a sovvertire le motivate e convincenti conclusioni peritali.

Inoltre le valutazioni sono state confermate anche dall'annotazione del 2 aprile 2019 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. 144 incarto AI).

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

2.8. Nello specifico, i disturbi alla salute di cui è affetta la ricorrente in seguito all'intervento di posa di nastro transotturatorio per incontinenza urinaria da stress del 15 luglio 2014, sono stati oggetto, nel corso degli anni, di numerosi esami e di visite approfondite da parte di un nutrito numero di specialisti che hanno rilevato una discrepanza tra i dati medici reperibili oggettivamente e la descrizione soggettiva dei mali che

affliggono l'interessata.

Questo Tribunale evidenzia che non sono solo i consulenti del \_\_\_\_\_ (dr. med. \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_) ad essere giunti alla conclusione che l'interessata non è affetta da alcuna patologia psichiatrica, neurologica o reumatologica invalidante e che non è limitata al punto tale da adempiere i criteri per poter ottenere un assegno per grandi invalidi dell'AI, ma anche altri specialisti che l'hanno visitata in passato sono giunti a conclusioni simili.

Già il 3 dicembre 2014 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia di \_\_\_\_\_, cui si era rivolta l'insorgente all'epoca, aveva descritto una patologiapsicosomatica con pelvic-pain-syndrom della marcia di tipo dissociativo in stato dopo TOT il 15 luglio 2014 ed aveva stabilito che allo stato neurologico non vi erano deficit neurogeni focali ed il disturbo della marcia non poteva essere attribuito ad una lesione neurogena (cfr. pag. 37 e seguenti incarto AI: pag. 38: **Klinisch-neurologischer Befund: ( ) Diskrepanz zwischen subjektiver Schmerzbewertung und geäußertem Affekt**; pag. 39: **In Zusammenschau der Befunde gehe ich damit von einer psychosomatischen Erkrankung mit Pelvic-Pain-Syndrom und dissoziativer Gangstörung aus. Aus der Anamnese würde ich den Beginn der Symptomatik schon präoperativ setzen, da die Beschwerden mit einer erhöhten Miktionsfrequenz begannen, welche bei einer 35-jährigen Nullipara ohne sonstige mit einer Muskelschwäche einhergehenden Grunderkrankung auch sehr ungewöhnlich wäre [ ]**).

Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH reumatologia, il 29 gennaio 2015 aveva accertato che **dal punto di vista reumatologico attività di psicologa è ideale essendo un'attività leggera con possibilità di cambi di postura** (pag. 43 incarto AI, cfr. anche pag. 49 incarto AI). I

Il prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, primario di uroginecologia dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, il 26 febbraio 2015, posta la diagnosi di **chronic pelvic pain syndrom** dopo intervento TOT luglio 2014, aveva rilevato che vi era una situazione di forte pressione sociale (**psychosoziale Belastungssituation**; pag. 375 incarto AI) e gli specialisti del \_\_\_\_\_ nel referto del 18 maggio 2016 hanno ritenuto che l'insorgente soffriva di dolori di origine muscolo-tendinea locale senza riscontrare deficit neurologici (cfr. pag. 373-374 incarto AI). Il dr. med. \_\_\_\_\_, servizio di neurologia-policlinica dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che ha visitato l'insorgente su richiesta del curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, il 20 novembre 2017 aveva evidenziato di aver effettuato un esame ENMG dell'arto inferiore destro in data 11 ottobre 2017 risultato normale ed aveva aggiunto che viene descritta una sindrome pelvica dolorosa cronica con un disturbo deficitario della marcia senza argomenti per una patologia organica neuromuscolare soggiacente, in seguito ad un intervento chirurgico. Lo specialista ha affermato che non vi sono argomenti per una patologia neuromuscolare per spiegare la sintomatologia ed ha consigliato di continuare il trattamento del dolore e di provare ad aumentare progressivamente l'attività fisica (pag. 360-361 incarto AI: **nous avons étudié la conduction motrice et sensitive au membre inférieur droit et sur les deux nerfs fémoraux. Cet examen ne met pas en évidence d'anomalie ( ) Conclusions, traitement et évolution ( ) Syndrome douloureux chronique pelvien dans les suites d'une intervention chirurgicale, avec persistance de quelques troubles sensitifs subjectifs dans le territoire génito-fémoral droit. Nous n'avons pas d'argument pour une pathologie neuro-musculaire surajoutée pour expliquer les difficultés à la marche et l'atteinte motrice du membre inférieur droit. Nous avons bien noté que des explorations médullaires et pelviennes avaient été faites en**

2014, et n'avaient pas révélé d'anomalie significative. Nous recommandons à la patiente de poursuivre sa prise en charge en antalgie et d'essayer d'augmenter progressivement son activité physique).

Vi sono pertanto numerosi specialisti, oltre ai periti del \_\_\_\_\_, che si sono chinati sulla situazione valetudinaria della ricorrente, senza riscontrare la presenza di elementi medicoggettiviche possano far ritenere la presenza di una patologia invalidante e che hanno rilevato una discrepanza tra quanto ancora oggi affermato dalla ricorrente e i reperti clinici oggettivi che sono nella norma.

Certo, il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in ginecologia FMH, specialista in uroginecologia, il 5 novembre 2014, sulla base della letteratura, aveva evidenziato che in seguito all'intervento subito dalla ricorrente non era esclusa l'insorgenza di problematiche neurologiche (pag. 382 incarto AI: verstärkten neurologischen Problemen nach TOT-Band-Einlage [ ]), pur aggiungendo che Die Radiologischen Befunden wären z.T. vereinbar, wobei es eigentlich hier keine typischen neurologischen Befunden gibt ed il 21 luglio 2016 i dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ della clinica per la neurologia \_\_\_\_\_ avevano diagnosticato una neuropathischem Schmerzsyndrom bei Neuropathie des Nervus genitofemoralis rechtes (cfr. doc. A 13, pag. 2).

Tale ipotesi è poi tuttavia stata smentita dagli specialisti che hanno visitato l'insorgente, i quali non hanno rilevato la presenza di patologie neurologiche (cfr. supra).

Per quanto concerne i medici curanti dell'insorgente, il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, ha indicato più volte che l'insorgente non è in grado di svolgere alcuna attività lavorativa (cfr. ad esempio il referto del 17 gennaio 2018, pag. 387 incarto AI) ed ancora il 23 gennaio 2019 (pag. 542 incarto AI) ha confermato il contenuto della richiesta dell'assegno per grandi invalidi dove in sostanza la ricorrente sostiene di necessitare dell'aiuto di terzi per tutti gli atti ordinari della vita, di necessitare di sorveglianza personale e di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana. Tuttavia, anche il curante, laddove diagnostica una sindrome pelvica dolorosa cronica e disturbi deficitari della marcia di entità importante, aggiunge senza patologia organica neuromuscolare sottogiacente (pag. 387 incarto AI).

Come rilevato ancora il 3 luglio 2019 dal consulente del \_\_\_\_\_, dr. med. \_\_\_\_\_, vi è una grave discrepanza tra i sintomi descritti (paziente immobilizzata a letto, con grave disabilità motoria, con dolori atroci, con continui svenimenti...) e i reperti clinici oggettivi complessivamente nella norma ( ) (pag. 739 incarto AI).

È vero che anche gli altri due curanti, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina generale/omeopatia (cfr. segnatamente il referto del 17 gennaio 2018 [pag. 390 e seguenti incarto AI]) e dr. med. \_\_\_\_\_, medico generico FMH, sono di altra opinione rispetto ai periti. Tuttavia le loro valutazioni si esauriscono in una diversa opinione dello stesso stato di fatto e non sono atte a mettere in dubbio, tramite elementi medici oggettivi, le conclusioni dei consulenti del \_\_\_\_\_.

In particolare nel rapporto del 29 ottobre 2019 (doc. IV) prodotto con il ricorso, il dr. med. \_\_\_\_\_ si limita a riportare i mali soggettivi riferiti dall'assicurata e le giornate tipo trascorse dall'insorgente, già ampiamente descritti dalla ricorrente stessa nei suoi allegati, senza tuttavia apportare reperti medici oggettivi atti a mettere in dubbio le convincenti, motivate ed approfondite valutazioni peritali, con le quali neppure si confronta.

Va poi qui rammentato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Non vi sono pertanto elementi per ritenere adempiute le condizioni per poter ottenere un assegno per grandi invalidi dell'AI.

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH neurologia, ha affermato che per quanto di competenza neurologica, l'assicurata non necessita dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e neppure di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà (cfr. pag. 559-560 incarto AI).

Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia ha affermato di aver ritenuto l'assicurata per quanto riguarda le sue problematiche prettamente relazionate all'apparato muscolo-scheletrico, abile al lavoro nella forma completa con un rendimento del 100%. Non trovo una correlazione fra i disturbi dell'assicurata e i reperti di tipo clinico e radiologico in ambito reumatologico. Da questo punto di vista ritengo quindi che l'assicurata non presenti necessità di aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita. Non necessita di sorveglianza personale. Non necessita di accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana (pag. 557 incarto AI).

Anche il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha dichiarato che dal lato psichiatrico la ricorrente non necessita dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, non necessita di sorveglianza personale e non necessita di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana (pag. 561 incarto AI).

Quanto alla circostanza che la visita presso il consulente neurologo, dr. med. \_\_\_\_\_, sarebbe durata solo 10 minuti, e che lo specialista si sarebbe mostrato freddo nei suoi confronti, va rammentato che, secondo giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. STF 9C\_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C\_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018).

Inoltre non va dimenticato chedi norma una perizia basata sui soli atti (Aktengutachten), senza visitare l'assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C\_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C\_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza

9C\_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4).

Il dr. med. \_\_\_\_\_ il 3 luglio 2019 ha del resto preso posizione in merito alle osservazioni della ricorrente circa la visita peritale, rilevando che ■■■esame si è svolto secondo le usuali modalità prendendo atto di tutta la documentazione, approfondendo ■■anamnesi, eseguendo ■■esame neurologico, valutando, come descritto, la documentazione radiologica a disposizione (RM lombare del 27.01.2015) e dunque le affermazioni della paziente secondo cui la consultazione sarebbe durata ■■al massimo dieci minuti■ come pure le altre affermazioni riportate a pagina 15 del rapporto della Sig.ra \_\_\_\_\_ semplicemente non corrispondono al vero■ (pag. 739 incarto AI).

Non vi sono pertanto motivi per sovvertire le conclusioni del neurologo, dr. med. \_\_\_\_\_.

La circostanza che il consulente dr. med. \_\_\_\_\_, reumatologo, secondo la ricorrente, avrebbe ritenuto inutile una valutazione reumatologica, non inficia certo il valore probatorio del suo consulto. Né vi sono motivi per non prendere in considerazione le valutazioni del perito psichiatra, dr. med. \_\_\_\_\_. Le affermazioni della ricorrente secondo cui lo specialista avrebbe rilevato la presenza di una depressione ma avrebbe detto di avere ■■le mani legate■ non sono in nessun modo comprovate. Del resto, tra le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa figura comunque anche la ■■reazione depressiva in sindrome del disadattamento cronico (ICD-10 F43.2)■, sfociata poi in una distimia cronica (ICD-10 F34.1).

Quanto al fatto che la perizia non è stata affidata anche ad un ginecologo o ad un uroginecologo, va evidenziato che il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in ginecologia, il 5 novembre 2014 (pag. 382 incarto AI), aveva ritenuto la necessità di approfondire ■■aspetto neurologico, ciò che è stato fatto con la perizia del \_\_\_\_\_.

Del resto con sentenza 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009 pubblicata in RtiD II-2010 a pag. 208, il TF ha già avuto modo di prendere posizione su una censura simile, affermando:

"()

4.1 A sostegno della sua tesi, il ricorrente osserva che non si tratta unicamente di statuire su due valutazioni mediche divergenti (quelle dei medici incaricati dall'assicuratore malattia, da un lato, e quelle dei medici curanti dall'altro), ma anche di considerare che il dott. F.\_\_\_\_\_ è passato all'atto di un delicato intervento chirurgico che è riuscito e che ora lo fa stare bene. Egli mette inoltre in dubbio il fatto che la Corte cantonale si sia fondata sul parere di esperti competenti, in possesso dei requisiti necessari. Sostiene al contrario che, essendo le ernie discali di competenza di un neurochirurgo, la valutazione del caso non poteva essere affidata a un reumatologo e a un chirurgo ortopedico.

4.2 Nella misura in cui contesta, per la prima volta in sede federale, la competenza dei dott. G.\_\_\_\_\_ e R.\_\_\_\_\_, il ricorrente fa (implicitamente) valere un motivo di ricusa per fondati motivi ai sensi dell'art.44 LPGA (cfr. Ueli Kieser, Arzt als Gutachter, in Arztrecht in der Praxis, 2a ed. 2007, pag. 438; lo stesso, ATSG-Kommentar, 2a ed. 2009, pag. 568, n. 18 all'art.44). Già solo per questo motivo, ci si potrebbe seriamente domandare se la censura, che poteva senz'altro essere sollevata in sede cantonale, non sia contraria al principio della buona fede, valido pure in ambito procedurale (DTF 130 III 66consid. 4.3 pag. 75;127 II 227consid. 1b pag. 230;121 I 30consid. 5f pag. 38), e in particolare all'obbligo incombente alle parti di invocare motivi di ricusazione non appena ne abbiano conoscenza (cfr. sentenza

del Tribunale federale delle assicurazioni I 193/05 del 7 settembre 2006, riassunta in RSAS 2007 pag. 61, consid. 3.5).

La questione può tuttavia rimanere indecisa in quanto il primo giudice poteva validamente e senza arbitrio fondarsi sulle valutazioni degli specialisti incaricati da [ omissis ] per statuire sul merito. Basti a tal proposito rilevare che, come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. Per quanto concerne più precisamente la problematica relativa all'ernia discale - comunque convincentemente esclusa dai medici interpellati dall'opponente - va inoltre precisato che essa non necessariamente è di sola competenza del neurologo, ma può anche essere di pertinenza ortopedica (cfr., alla voce ernia discale, La grande enciclopedia medica UTET, 2007, VI vol., pag. 132), come del resto hanno già (implicitamente) avuto modo di rilevare in altre occasioni le istanze giudiziarie (in questo senso ad esempio sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 59/93 del 12 aprile 1994 consid. 2-4).

Per il resto, le sentenze cui rinvia il ricorrente per dimostrare che la mancata specializzazione dei medici intervenuti determinerebbe una palese violazione del principio dell'accertamento d'ufficio dei fatti, riguardano accertamenti in ambito psichiatrico operati da medici non specialisti della specifica disciplina e non sono manifestamente pertinenti alla vertenza qui in esame. ( )■

Anche in concreto, rilevato come l'interessata, conformemente alla giurisprudenza (cfr. DTF 137 V 210), nell'ambito della richiesta di una rendita AI, è stata preventivamente resa attenta circa i nomi dei periti e la necessità di una perizia medica pluridisciplinare internistica, neurologica, psichiatrica e reumatologica (pag. 404 incarto AI) e non ha sollevato alcuna obiezione in merito alla loro specializzazione nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la ricusa (cfr. pag. 404 e seguenti incarto AI), ci si potrebbe chiedere se la sua censura non sia tardiva.

Infine, circa la data del miglioramento dello stato di salute, questo TCA evidenzia che i periti, dopo esame dell'ampia documentazione contenuta nell'incarto, hanno concluso che nel progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 19.6.2017 all'A. era stata attribuita una rendita intera AI grado 100% dall'1.7.2015 sino al 31.5.2016 e che nel rapporto del Servizio Medico Regionale del 6.6.2016 (rapporto stilato dopo la perizia medica datata 27.5.2015 effettuata dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH medicina fisica e riabilitazione presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) viene descritta un'incapacità lavorativa totale dal 15.7.2014 ed un'incapacità lavorativa nella misura del 25% dal 24.5.2016 sia nell'attività abituale che in attività adeguata: si ritiene, sulla base di quanto scaturito dalla presente valutazione peritale, che al più tardi da maggio 2016 valga una capacità lavorativa nella misura del 100% in qualunque attività sino ad oggi e continua■ (pag. 24 della perizia = pag. 435 incarto AI).

Questo Tribunale, alla luce della documentazione medica agli atti non ha alcun motivo per scostarsi dalle convincenti e motivate valutazioni dei periti del \_\_\_\_\_ in merito alla data del miglioramento dello stato di salute della ricorrente. Del resto i periti non sostengono che la capacità lavorativa dell'insorgente è migliorata nel maggio 2016, ma che al più tardi a tale data il miglioramento è attestato. Infatti, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che ha visitato la ricorrente il 28 gennaio 2016 ed il 23 maggio 2016 nell'ambito della

perizia affidatale dall'UAI aveva già potuto accertare una capacità lavorativa del 75% dal 24 maggio 2016 nella precedente attività di terapeuta comportamentale. Secondo i periti, giustamente, non vi sono evidenze mediche per prolungare tale inabilità oltre la fine del mese di maggio 2016.

2.9. La ricorrente fa poi valere un peggioramento del suo stato valetudinario derivante da una caduta avvenuta l'8 marzo 2019.

La documentazione prodotta non permette tuttavia di sovvertire l'esito della vertenza.

I medici non attestano alcuna incapacità lavorativa e non sostengono che l'insorgente sia affetta da una patologia invalidante. Dalle tavole processuali emerge che l'interessata è stata vittimata da una caduta avvenuta l'8.03.2019 che ha comportato un trauma distorsivo alla caviglia destra e al ginocchio destro (cfr. referto del 17 giugno 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_). Ella presenta degli edemi declivi, ossia dei gonfiori agli arti inferiori e delle tumefazioni delle parti molli in sede peri-malleolare laterale, con una lesione parziale del legamento astragalico peroneale posteriore, ma non è presente alcuna frattura. Non vi sono neppure segni di instabilità.

Quale terapia è stata proposta una fisioterapia, bendaggio gamba e calza elastica. Già in occasione della visita del 9 aprile 2019 presso il dr. med. \_\_\_\_\_ c'è stato un miglioramento dello stato di salute con la ricorrente in grado di flettere le dita.

Secondo gli esami effettuati apparentemente non segni di trombosi e la situazione venosa è assolutamente blanda.

Come evidenziato dal consulente in reumatologia, dr. med. \_\_\_\_\_, si tratta di alterazioni queste da considerare piuttosto aspecifiche e con un'evoluzione dei disturbi seppur protratta non particolarmente invalidante, in particolar modo per quanto riguarda le attività professionali svolte prevalentemente di tipo cognitivo. Il protrarsi della sintomatologia, oltre i tre mesi dall'infortunio, potrebbe essere indicativo di una problematica non soltanto di pertinenza somatica quindi non riconducibile a una problematica di tipo reumatologico (pag. 737 incarto AI).

Di nessun aiuto alla ricorrente è il certificato del 17 giugno 2019 del dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna FMH, che si è limitato ad affermare di avere in cura la ricorrente dal 2018 a causa di una neuropatia genitofemorale e che la situazione è peggiorata a causa della citata caduta.

La richiesta del curante di un aiuto finanziario per la posa di corrimano e per adattare i comandi dell'auto esula dalla presente vertenza ed è oggetto di altra procedura (cfr. doc. X). Essa è pertanto irricevibile.

Infine, il certificato del 7 dicembre 2019 (doc. VIII/1) della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, non apporta elementi di novità. La specialista, che non pone una diagnosi secondo criteri scientificamente riconosciuti e che si limita a sostenere, senza apportare elementi medici oggettivi, che la ricorrente soffre di uno stato ansioso-depressivo maggiore e che negli ultimi mesi è più affaticata e di umore più triste anche perché non le viene offerto il sostegno necessario alla sua situazione da parte degli uffici specializzati, non evidenzia elementi che possano far ritenere l'adempimento dei criteri per poter ottenere l'assegno per grandi invalidi dell'AI (necessità dell'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita, necessità di sorveglianza personale, necessità di un accompagnamento regolare nell'organizzazione della realtà quotidiana).

In queste condizioni non vi è alcun motivo per scostarsi dalla decisione impugnata e per allestire una perizia giudiziaria, poiché gli atti medici prodotti dalle parti sono sufficienti per esprimersi nel merito della vertenza.

Questo Tribunale, ritenuto che i fatti sono stati comprovati e nessun provvedimento probatorio supplementare potrebbe modificare tale apprezzamento, rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (sentenza 9C\_394/2016 del 21 novembre 2016, consid. 6.2).

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare dall'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 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., 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. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico della ricorrente.

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