

TI_GERICHTE 32.2019.88 vom 9. April 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-04-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.88

FR: TI_GERICHTE 32.2019.88 du 9 avril 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.88 del 9 aprile 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 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, 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). 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, circa il certificato redatto dal dr. med. _____, nell’ambito della richiesta di un assegno per grandi invalidi, che nel suo precedente rapporto del 17 gennaio 2018 oltre alla diagnosi il curante scriveva “(...) senza patologia organica neuromuscolare sottogiacente”, confermando a sua volta dunque

l'assenza di patologie neurologiche organiche ” (pag. 552 incarto AI). Lo specialista evidenzia 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). Con il ricorso l'assicurata ha prodotto la documentazione medica già presente nell'incarto, mentre il 14 giugno 2019 ha allegato gli atti medici in relazione con quanto avvenuto l'8 marzo 2019 (doc. VI). Ella ha trasmesso un referto intitolato “ visita ambulatoriale del 6.03.2019 ” (doc. 23) 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 (doc. 24) 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. _____, 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 (doc. 26) 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 progressa 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. 27), 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 .” Nell’incarto AI è inoltre presente un certificato del dr. med. _____ del 16 aprile 2019 che attesta una completa incapacità lavorativa dall’8 marzo 2019 al 7 maggio 2019 (pag. 590 incarto AI). 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” (doc. A28). Chiamato ad esprimersi in merito, l’UAI ha sottoposto la nuova documentazione al _____, informando il Tribunale che avrebbe trasmesso la presa di posizione per conoscenza (doc. X). Al Tribunale non è più pervenuto nulla. 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. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia del _____ del 27 settembre 2018 (doc. AI 111). Il referto è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante 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 sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del _____. Al referto 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, 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 con il rapporto finale del medico SMR, dr. med. _____, del 5 ottobre 2018 (doc. 112 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 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni 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. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Questo Tribunale evidenzia inoltre che non sono solo i periti 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, ma anche altri specialisti che l'hanno visitata in passato sono giunti a conclusioni simili. A questo proposito va rilevato che 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 Universitario di _____ 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 r v l  d'anomalie significative. Nous recommandons   la patiente de poursuivre sa prise en charge en antalgie et d'essayer d'augmenter progressivement son activit  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 (immobilizzata a letto, grave disabilit  motoria, dolori atroci, continui svenimenti) e i reperti clinici oggettivi che sono nella norma. Certo, il PD dr. med. _____, specialista in ginecologia FMH, specialista in uroginecologia e chirurgia del pavimento pelvico a _____, 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: "verst rkten "neurologischen" Problemen nach TOT-Band-Einlage [...]"), pur aggiungendo che "Die Radiologischen Befunden w ren 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 dell'Universit  di _____ avevano diagnosticato una "neuropathischem Schmerzsyndrom bei Neuropathie des Nervus genitofemoralis rechtes" (cfr. doc. A 13, pag. 2). Tale ipotesi   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 pi  volte che l'insorgente non   in grado di svolgere alcuna attivit  lavorativa (cfr. ad esempio il referto del 17 gennaio 2018, pag. 387 incarto AI). Tuttavia, anche il curante, laddove diagnostica una sindrome pelvica dolorosa cronica e disturbi deficitari della marcia di entit  importante, aggiunge "senza patologia organica neuromuscolare sottogiacente" (pag. 387 incarto AI).   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 _____. Va poi qui rammentato che in ragione della diversit  dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anzich  di perizia), in caso di lite non ci si pu  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), poich  alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attester , 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  ber die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o pi  medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non   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). 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 confronti della ricorrente, 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). 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 _____. Inoltre 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), 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 _____ 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 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'interessata 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 cavaglia destra e al ginocchio destro " (cfr. referto del 17 giugno 2019 del dr. med. _____, doc. A28 e doc. 23-24). 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 (cfr. doc. 23 e 24). Non vi sono neppure segni di instabilità (doc. 24). Quale terapia è stata proposta una fisioterapia (doc. 23), bendaggio gamba e calza elastica (doc. 25). 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 " (doc. 25) e la situazione venosa è assolutamente blanda (doc. 26). Si tratta pertanto di alterazioni con un'evoluzione dei disturbi non invalidante, segnatamente nella precedente attività svolta dalla ricorrente di terapeuta complementare. Di nessun aiuto alla ricorrente è infine 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 (doc. A28). 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 pertanto irricevibile. 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.

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, 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 morfina (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).

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, circa il certificato redatto dal dr. med. _____, nell'ambito della richiesta di un assegno per grandi invalidi, che nel suo precedente rapporto del 17 gennaio 2018 oltre alla diagnosi il curante scriveva () senza patologia organica neuromuscolare sottogiacente, confermando a sua volta dunque l'assenza di patologie neurologiche organiche (pag. 552 incarto AI). Lo specialista evidenzia 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).

Con il ricorso l'assicurata ha prodotto la documentazione medica già presente nell'incarto, mentre il 14 giugno 2019 ha allegato gli atti medici in relazione con quanto avvenuto l'8 marzo 2019 (doc. VI).

Ella ha trasmesso un referto intitolato visita ambulatoriale del 6.03.2019 (doc. 23) 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 (doc. 24) 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. _____, 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 (doc. 26) 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. 27), 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.■

Nell'incarto AI è inoltre presente un certificato del dr. med. _____ del 16 aprile 2019 che attesta una completa incapacità lavorativa dall'8 marzo 2019 al 7 maggio 2019 (pag. 590 incarto AI).

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■(doc. A28).

Chiamato ad esprimersi in merito, l'UAI ha sottoposto la nuova documentazione al _____, informando il Tribunale che avrebbe trasmesso la presa di posizione per conoscenza (doc. X).

Al Tribunale non è più pervenuto nulla.

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 è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante 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 sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del _____.

Al referto 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, 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 con il rapporto finale del medico SMR, dr. med. _____, del 5 ottobre 2018 (doc. 112 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

373-374 incarto AI). Il dr. med. _____, servizio di neurologia-policlinica dell'Ospedale Universitario di _____ 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 medicoggettiviche possano far ritenere la presenza di una patologia invalidante e che hanno rilevato una discrepanza tra quanto ancora oggi affermato dalla ricorrente (immobilizzata a letto, grave disabilità motoria, dolori atroci, continui svenimenti) e i reperti clinici oggettivi che sono nella norma.

Certo, il PD dr. med. _____, specialista in ginecologia FMH, specialista in uroginecologia e chirurgia del pavimento pelvico a _____, 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 dell'Università di _____ 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). 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).

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 _____.

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 Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

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 confronti della ricorrente, 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 concluzione (cfr. STF 9C_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018).

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).

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 _____.

Inoltre 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 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), 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 _____ 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 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 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. _____, doc. A28 e doc. 23-24). 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 (cfr. doc. 23 e 24). Non vi sono neppure segni di instabilità (doc. 24).

Quale terapia è stata proposta una fisioterapia (doc. 23), bendaggio gamba e calza elastica (doc. 25). 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 (doc. 25) e la situazione venosa è assolutamente blanda (doc. 26).

Si tratta pertanto di alterazioni con un'evoluzione dei disturbi non invalidante, segnatamente nella precedente attività svolta dalla ricorrente di terapeuta complementare.

Di nessun aiuto alla ricorrente è infine 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 (doc. A28). 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 pertanto irricevibile.

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).

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.