

TI_GERICHTE 32.2014.22 vom 29. Januar 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-01-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.22

FR: TI_GERICHTE 32.2014.22 du 29 janvier 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.22 del 29 gennaio 2014

Regeste

Nuova domanda di una rendita AI in seguito al peggioramento dello stato di salute. Conferma della decisione amministrativa secondo la quale lo stato valetudinario è sovrapponibile a quello emerso in occasione della precedente procedura. La distimia, in concreto, non è invalidante

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPG, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel

periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003, consid. 4.2, I 475/01).

2.2. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258).

2.3. Secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi della decisione del 14 giugno 2011 (doc. AI 43-1), tramite la quale l'UAI ha soppresso il diritto alla rendita essendo il grado d'invalidità del 20%. L'amministrazione si era basata per la sua valutazione su quanto deciso dalla _____ (doc. AI 44-1), la quale il 19 aprile 2011 nella decisione di assegnazione di una rendita al 38% aveva affermato che "nonostante i postumi infortunistici si può da lei pretendere che svolga un lavoro da leggero a mediamente pesante (talvolta trasporto di pesi dai 10 ai 25 kg), per tutto il giorno. Per tenere conto della sua particolare necessità per alimentarsi, dal lato medico sono ritenute necessarie delle pause aggiuntive, complessivamente per un'ora al giorno. Le attività che entrano in considerazione sono, ad esempio, il portiere d'albergo, l'addetto alle pulizie, l'aiuto montatore elettricista industriale o il tuttofare (...)" (doc. _____ 156-2 e 140-1). Va ancora evidenziato che l'8 febbraio 2010 il medico _____ della _____, dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica, dopo aver posto la diagnosi di ingestione accidentale di acido fosforico al 40% (22.2.2007) in seguito necrosi gastrica con perforazione del corpo gastrico dorsalmente (25.2.2007), gastrectomia subtotale e nastomosi gastro-digiunale con ansa secondo Y-roux (25.2.2007), re-laparotomia e lavaggio intra-addominale (27.2.2007), cura ernia cicatriziale con

posizionamento intra-addominale di una rete e chiusura primaria del piano muscolare (12.3.2009), aveva affermato che mentre per l'aspetto psichico sarebbe stato necessario un ulteriore consulto (poi effettuato dal dr. med. _____), dal lato fisico l'assicurato era abile al 100% per lavori adeguati alla patologia ed ai disturbi residui in seguito all'infortunio del 22.2.2007 (doc. _____ 123). Lo specialista aveva rilevato che l'interessato sarebbe stato costretto ad una dieta frazionata, nel senso di assumere solo piccole porzioni di cibo alla volta, ma più spesso durante il giorno (doc. _____ 123-3). Il 27 maggio 2010 il dr. med. _____ specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, aveva rilevato che da un punto di vista medico-psichiatrico " non ci sono dei segni psico-patologici di rilevanza clinica in rapporto causale naturale con l'evento infortunistico del 22.2.2007 " (doc. _____ 127-3). Il 27 dicembre 2011, ossia dopo la crescita in giudicato della decisione del 14 giugno 2011 di soppressione della rendita, la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha scritto all'UAI rilevando di avere in cura l'insorgente dal 31 agosto 2011 " nell'ambito di una sintomatologia depressiva " segnatale dal medico curante ed ha attestato un'incapacità al lavoro al 50% (doc. AI 47-1). L'insorgente è stato conseguentemente sottoposto ad una perizia medica ad opera del Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS). Il 28 giugno 2012, il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, e la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver descritto l'anamnesi, gli atti medici, i dati oggettivi e soggettivi dell'assicurato e la terapia psichiatrica attuale, hanno posto la diagnosi di distimia (ICD 10 F 34.1). I periti hanno tra l'altro affermato: " (...) Siamo confrontati con un uomo di quasi 58 anni, di origine _____, il quale il 22.02.2007 ingerisce accidentalmente acido fosforico e il 25.02.2007 subisce una gastrectomia subtotale. Il dr. _____, medico generalista, nel rapporto medico indica la presenza verosimile di una sindrome post-traumatica da stress secondaria. Nel maggio 2010 viene effettuata una perizia fiduciaria da parte del Dr. _____ la quale non conferma la presenza né di un disturbo post-traumatico da stress né di disturbi di ordine ansioso depressivo; indica anche come manchino le presenze endopsichiche e biografiche per una diagnosi di disturbo somatoforme persistente. Non sussiste quindi nessuna limitazione dal punto di vista psichiatrico. Dal 31.8.2011 l'assicurato è seguito dalla Dr.ssa _____, psichiatra e psicoterapeuta, la quale nel rapporto medico del febbraio 2012 indica la presenza di una reazione acuta da stress dal febbraio 2007 e dall'agosto 2011 ma anche in precedenza di distimia. (...) Certifica una IL del 50% dall'inizio della presa a carico. (...) L'esame peritale consente di confermare la diagnosi effettuata dalla Dr.ssa _____ ovvero la presenza di una distimia. (...) Complessivamente si concorda sulla valutazione effettuata dalla Dr.ssa _____, la quale identificava la presenza di una reazione acuta da stress che, come da definizione ICD10, rappresenta "un quadro transitorio di rilevante gravità che si sviluppa in un individuo che non presenta alcun disturbo mentale manifesto in risposta ad uno stress fisico o mentale di eccezionale portata"; questa compare entro pochi minuti dallo stimolo e scompare nel giro di 2-3 giorni . Il quadro clinico si è poi evoluto in una depressione cronica del tono dell'umore che persiste almeno da due anni e che come tale è inquadrabile come una distimia. La patologia si manifesta attualmente con un tono dell'umore lievemente deflesso, un disturbo del sonno, una lieve riduzione della quota energetica e della volizione, un certo isolamento sociale, sentimenti di disistima legati all'inattività lavorativa. Sussistono inoltre preoccupazioni legate alle difficoltà economiche, che condizionano la relazione di coppia e la proiezione nel futuro, elementi che sono realistici e non espressione di disturbi psichici ulteriori. La presenza del quadro distimico e

gli elementi invalidanti indicati sopra rendono conto di una capacità lavorativa pari all'80% (rendimento pieno, orario ridotto). (...) Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta Capacità lavorativa per l'ultima attività svolta pari all'80% (rendimento pieno, orario ridotto). (...) Capacità di lavoro per altre attività Capacità lavorativa pari all'80% (rendimento pieno, orario ridotto) per attività semplici e manuali." (doc. AI 72-9) L'8 agosto 2012 il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha confermato la valutazione peritale (doc. AI 73-3), mentre il 19 dicembre 2012 ha ribadito che " sulla base della documentazione, è giustificabile presenza di sei ore giornaliere con rendimento ridotto del 20% per pause aggiuntive " (doc. AI 77-1). Il 29 gennaio 2013 la dr.ssa med. _____, specialista FMH medicina interna, ha affermato che il ricorrente: " (...) è stato sottoposto nel 2007 ad una gastrectomia parziale, con complicazioni postoperatorie e dilatazioni esofagee ripetute. Da allora non ha più ripreso il lavoro per motivi di salute. Presenta tuttora i postumi dell'invalidante intervento subito, cioè affaticabilità, mancanza dello stimolo della fame malgrado la necessità di fare pasti frequenti con varie intolleranze alimentari e con immediato dumping postprandiale. La sindrome menzionata si manifesta con difficoltà ad ingerire in fretta i pasti, quindi il paziente necessita di una tipologia particolare di alimenti da assumere lentamente ed in pasti frazionati. Durante il pasto avverte disfagia, nodo alla deglutizione ed al passaggio del bolo alimentare nell'esofago. In seguito, crampi addominali, tallonamenti, peso epigastrico, astenia generalizzata, sudorazioni, palpitazioni. Necessita ogni volta di un periodo postprandiale piuttosto lungo per la digestione, in posizione semisdraiata. Spesso ci sono delle scariche intestinali imperiose e fastidiose. Altre conseguenze dell'intervento subito sono la tendenza ad anemia ferri priva, carenza della vitamina B12 e di acido folico che devono essere sostituiti regolarmente. Da segnalare anche la tendenza ad incipiente diabete mellito tipo II. Dal lato psicologico il paziente presenta una depressione larvata e profondo sentimento di isolamento sociale e professionale, anche se una recente valutazione psichiatrica a luglio 2012 escludeva una grave depressione. Considero che in queste condizioni, con frequenti malesseri, necessità di pause frequenti per l'assunzione dei pasti nonché digestione, vista anche l'età, una reintegrazione nel campo lavorativo sia piuttosto problematica, anche a tempo parziale, quindi la percentuale di inabilità lavorativa andrebbe rivalutata." (doc. AI 81-2) Il 19 aprile 2013 il medico SMR, dr. med. _____ ha rilevato che l'attestato della curante riporta " i noti disturbi e le note patologie dell'assicurato. Non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alle valutazioni precedenti " (doc. AI 83-1). Il 7 giugno 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha redatto il rapporto finale SMR, dove, dopo aver posto la diagnosi di distimia e stato dopo gastrectomia sub-totale (doc. AI 86-1), ha accertato un'incapacità lavorativa del 40% dal mese di agosto 2011 sia nella precedente attività che in qualsiasi attività leggera e confacente allo stato di salute del ricorrente. Il medico SMR ha affermato: " Dal lato fisico, non appaiono limitazioni significative se non necessità di pasti di piccole entità. Dal lato psichico, si tratta di uno stato cronico verosimilmente di lunga durata e preesistente all'infortunio, dunque l'inabilità lavorativa d'origine psichica è inclusa nell'inabilità riconosciuta dalla _____: L'A.to non presenta alterazioni delle funzioni cognitive superiori. Mantiene competenze nella cura di sé, nell'amministrazione della casa, svolge passeggiate, esce da casa regolarmente. I deficit consistono in un tono dell'umore lievemente cronicamente deflesso, in un disturbo del sonno, in una lieve riduzione della quota energetica e della spinta volitiva, in vissuti di disistimia legati all'inattività lavorativa, in un grado lieve di ritiro sociale." (doc. AI 86-3) Il dr. med. _____ ha attestato una "

stazionarietà ” dell’evoluzione della capacità lavorativa ed ha affermato che “ le limitazioni sono oggettivamente in questa misura, includendo la parte PSI, dal momento della presa a carico presso la Dr.ssa _____ in agosto 2011. Per i periodi precedenti è valevole quanto stabilito dalla _____ ” (doc. AI 86-3). Il 23 settembre 2013 una funzionaria dell’AI ha rilevato che “ non si concorda con l’IL 40% in attività adeguate (20% psi + 30% LAINF) in quanto nella decisione di soppressione del 14.06.2011 l’ato veniva ritenuto abile al 100% in attività confacenti. Si chiede al medico SMR di prendere posizione in merito ” (doc. AI 90-1). Il 26 settembre 2013 il dr. med. _____, medico SMR, ha affermato: " Preciso che non avevo eseguito un mero calcolo matematico, poiché la patologia psichica cronica, ma di lieve entità non giustifica un’inabilità lavorativa totale somatica e psichica superiore al 40% in qualsiasi attività” (doc. AI 91-1) Il 30 settembre 2013 un altro funzionario dell’UAI ha evidenziato: " (...) Con decisione del 14.06.2011 abbiamo soppresso la rendita intera concessa per motivi infortunistici, ritenuta una CL completa in attività confacenti dal 01.08.2010 Decisione cresciuta in giudicato! Dal 12/2011 è pendente una domanda ulteriore Perizia CPAS del 28.06.2012 conclude con CL 80% (orario ridotto, rendimento pieno). Diagnosi: Distimia Nella nota del 19.12.2012 viene indicata una presenza di 6 ore con rendimento ridotto del 20% per pause aggiuntive. Il rapporto SMR finale del 07.06.2013 conclude con IL 40% (PSI + INF). Tuttavia in attività confacenti la CL per motivi infortunistici è stata ritenuta completa. Si chiede inoltre al medico SMR di voler chiedere al perito, conformemente alla recente giurisprudenza del TF se la diagnosi (distimia) possa assolvere i criteri per essere ritenuta invalidante comportando una IL del 20%. Si chiede infine al medico SMR di voler allestire il rapporto finale indicando la IL in attività adeguate, le limitazioni funzionali per la patologia infortunistica e le limitazioni per la patologia psichica. (10 Kg? Alternanza postura al bisogno? Necessità di pause supplementari?)” (doc. AI 92-1) L’8 ottobre 2013 il dr. med. _____ ha affermato: " Per quanto riguarda la parte psichiatrica, di mia competenza, occorre richiedere precisazione al perito CPAS dr.ssa _____, che in perizia giugno 2012, aveva indicato la diagnosi di distimia con influsso sulla capacità lavorativa. A tale proposito una sentenza del Tribunale federale (9C_294/2008 del 19.03.2009), da allegare alla lettera alla dr.ssa _____ reputa la diagnosi di distimia non invalidante, se non quando è associata ad altri disturbi gravi di personalità. Infatti, in ICD_10, la distimia è anche definita come disturbo di personalità depressivo. Invito pertanto la dr.ssa _____ a chiarire e ad argomentare in base a quali elementi ritiene che la distimia dell’A.to comprometta del 20% la sua capacità lavorativa. Per la parte somatica/infortunistica, da me affrontata in rapporto del 07.06.2013, ma non di mia competenza specialistica, sarà necessaria una presa di posizione da parte di medico SMR non psichiatra” (doc. AI 93-1) Il 29 ottobre 2013 la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, _____ e la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, hanno affermato: " (...) In occasione dell’esame peritale è emersa la presenza di una distimia. Il quadro clinico, pur lieve, consente di emettere una diagnosi psichiatrica e non identifica una situazione di compenso psichico. Dal punto di vista funzionale, come descritto al punto B1 della perizia, emergevano un disturbo del sonno, una lieve riduzione della quota energetica e della volizione, un certo grado di ritiro sociale. Venivano identificati quindi dei limiti che, compatibilmente con una diagnosi di patologia non grave come quella di distimia, riducevano comunque in una piccola misura (20%) la capacità lavorativa” (doc. AI 95-1) Il 6 novembre 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " Con risposta del 29.10.2013 i periti, dr.ssa _____, dr.ssa _____, argomentano

alcune limitazioni, disturbi del sonno, lieve riduzione della quota energetica, lieve riduzione della volizione, un certo grado di ritiro sociale che ridurrebbero in altrettanto lieve misura la capacità lavorativa in genere dell'A.to da agosto 2011. Tuttavia, tali argomentazioni non permettono di oggettivare limitazioni tali da ridurre la capacità lavorativa in un'attività esigibile, anche in conformità alla giurisprudenza in merito alla diagnosi di distimia. La distimia di per sé non causa un'inabilità lavorativa. Ritengo giudizioso che il rapporto finale sia redatto da medico SMR non psichiatra, non essendo la patologia somatica di mia competenza specialistica. In conclusione, per patologia psichiatrica IL 0%" (doc. AI 96-1)

Il 13 novembre 2013 il dr. med. _____, medico SMR, ha steso il rapporto finale, rilevando che " la valutazione peritale psichiatrica, compresa la seguente presa di posizione del 29.10.13, ha mostrato unicamente la diagnosi di distimia, patologia quindi da non ritenere invalidante non essendo associata ad altri gravi disturbi della personalità. In assenza quindi di altra patologia invalidante rimane valida l'esigibilità lavorativa come da decisione precedente (impedimento unicamente postinfortunistico) " (doc. AI 97-1). Dopo aver posto la diagnosi principale con influo sulla capacità lavorativa di stato dopo gastrectomia sub-totale per necrosi gastrica perforata su assunzione accidentale di acido fosforico 22.7.2007 (_____) e la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di distimia F 34.1, ha stabilito una totale incapacità lavorativa nella precedente attività dal luglio 2007, mentre in attività leggere l'incapacità lavorativa, in assenza di patologie extrainfortunistiche è dello 0% come da valutazione _____ dal 1° agosto 2008 (doc. AI 97-1 e 99-1).

Sulla base di quanto sopra l'UAI, preso atto che la situazione valetudinaria è sovrapponibile a quella valutata in occasione della soppressione della rendita AI con decisione del 14 giugno 2011, ha confermato il precedente grado d'invalidità del 20% (doc. AI 101-2). Con certificato pervenuto all'UAI il 15 gennaio 2014 la dr.ssa med. _____, specialista FMH medicina interna, ha affermato: " (...) - l'attuale valutazione internistica del caso è praticamente inesistente - la grave sintomatologia riassunta nel mio certificato redatto il 29.01.2013 NON è stata presa in considerazione, e persiste tuttora - la qualità di vita del sig. RI 1 continua ad essere ridotta, è impensabile che possa passare diverse ore al giorno senza alimentarsi, nonché senza soffrire dopo l'ingestione di ogni pasto (6 volte al giorno) per due ore e sentirsi in forma, rendendo al lavoro, non facendolo pesare ai superiori e ai colleghi - è riassuntiva e superficiale a dir poco la valutazione del collega dr. _____, che limita l'intera sintomatologia e quindi l'incapacità lavorativa alla riduzione dei pesi da sollevare, alternanza posturale al bisogno e necessità di pause supplementari (già pesantemente limitanti al lavoro), senza ulteriori indicazioni, dichiarando lo stato del sig. RI 1 "invariato". Forse invariato sì, ma in senso negativo. - da inserire nel vostro Rapporto finale pagina 2 rubrica "ulteriori limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale" il certificato medico da me redatto illustrativo delle difficoltà concrete fisiche giornaliere che il sig. RI 1 presenta. Ultimamente anche disturbi legati al colon spastico, frequenti scompensi diabetici, calo ponderale di 5 Kg (4 mesi). - Aggiungo che il sig. RI 1 non sta effettivamente bene, presenta ogni sintomo e disturbo da me esposto nel certificato medico indicato - tutte le valutazioni negli ultimi 3 anni si sono concentrate sulla patologia psichiatrica, sulla depressione presente e confermata dalla sottoscritta, anche se non arrivata a gesti estremi, anche se non con importante marginalizzazione sociale, senza fare alcun ragionamento dal lato globale, internistico, e basandosi sempre sulle perizie _____, che dichiara evidentemente che dal loro punto di vista il caso è risolto. - Considero che non doversi sottoporre immediatamente ad un nuovo intervento chirurgico non vuol dire che il sig. RI 1 è asintomatico in seguito al drastico cambiamento fisico subito, al quale si

aggiungono ulteriormente le patologie collaterali (stenosi e disfunzioni esofagee, colon irritabile, diabete con frequenti scompensi, ecc)” (doc. AI 104-1) Il 16 gennaio 2014 il dr. med. _____, medico SMR, ha rilevato di non riscontrare alcuna informazione nuova rispettivamente una descrizione oggettiva di una modificazione dello stato di salute psichico e che pertanto dal lato psichiatrico restano valide le precedenti prese di posizione (doc. AI 106-1), mentre il dr. med. _____ ha sostenuto che dal lato somatico l’assicurato presenta le note sequele infortunistiche del caso _____ e che dall’attuale e dalla precedente documentazione non risulta esservi ulteriore patologia somatica con influo sulla CL, in particolare il diabete mellito è definito “ tendenza ad incipiente diabete mellito tipo 2 ” (doc. AI 106-1). Pendente causa l’insorgente ha prodotto un rapporto internistico del 21 maggio 2014 della dr.ssa med. _____, la quale ha affermato: " Diagnosi. Esiti di gastrectomia totale a febbraio 2007 per perforazione d’origine caustica - disfagia intermittente in concomitanza con l’alimentazione - sindrome di dumping precoce nella fase post-prandiale - ispessimento mucoso nella regione dell’anastomosi - gastroscopia e colonscopia a ottobre 2013, Ospedale _____, asportazione di adenoma rettale - calo ponderale di 10 chili negli ultimi sei mesi - diarrea cronica recidivante, diagnosi di colite microscopica linfocitaria, 2011 Diagnosi collaterali: - TAC toraco addominale 20.05.2014: vari noduli polmonari di origine non chiara, da seguire a distanza - diabete mellito tipo II trattato con antidiabetici orali, di difficile controllo - sindrome ansioso depressiva cronica, possibile sindrome da stress post-traumatico Anamnesi: Trattasi di un operaio cinquantanovenne di origine _____, lavoratore nel campo edilizio che nel mese di febbraio 2007 ha ingerito accidentalmente dell’acido fosforico al 40%, pensando di ingerire acqua minerale. A distanza di tre giorni dall’evento ha presentato una perforazione su necrosi della parete gastrica, trattata chirurgicamente con gastrectomia subtotale (asportazione parziale dello stomaco) il 25 febbraio 2007. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato da diversi episodi di stenosi esofagea trattati con dilatazioni. (...) Attualmente: Il signor RI 1 presenta tuttora i postumi dell’invalidante intervento subito, cioè faticabilità mancanza dello stimolo della fame malgrado la necessità di assumere pasti frequenti; diverse intolleranze alimentari; disturbi addominali nella fase postprandiale. Necessita di un’alimentazione sostenuta con sei pasti frazionati al giorno, in ambiente tranquillo, ognuno con una fase di digestione in posizione orizzontale di circa un’ora. Durante il pasto avverte dolori retrosternali al passaggio del bollo alimentare nell’esofago, in seguito peso epigastrico, sudorazioni, tachicardia, sensazione di svenimento, crampi addominali, tallonamenti, flatulenza, frequenti scariche intestinali con carattere diarroico. Questo fa sì che abbia un certo timore nell’alimentarsi, da dove nasce la causa principale della perdita ponderale. Conseguenze dell’intervento a livello ematico sono: tendenza all’anemia ferri priva con stanchezza cronica, carenza di vitamina B12 ed acido folico che devono essere sostituiti. Negli ultimi mesi presenta un diabete mellito tipo II di difficile digestione, soprattutto data l’impossibilità di seguire una dieta ipocalorica (in stato di gastrectomia necessita di pasti frequenti ed ipercalorici). Dal lato psichico presenta una sindrome ansioso-depressiva con insonnia, incubi, inappetenza, cefalea, palpitazioni, astenia generalizzata, ritiro sociale. Conclusioni: Il signor RI 1 sicuramente non è in grado di lavorare al 100%, anzi, necessita del riconoscimento di un’alta inabilità lavorativa, dato il quadro clinico e la necessità di assumere 6 pasti quotidiani con il riposo postprandiale richiesto ed i sintomi presentati puntualmente. L’attuale perdita ponderale è l’espressione delle difficoltà inerenti alla sua situazione di salute. Le mie conclusioni potrebbero trovare conferma in una perizia specifica, nell’ambito di un ricovero ospedaliero in un reparto

specializzato per disturbi alimentari con valutazioni giornaliere dei parametri vitali (glicemia, peso, parametri emodinamici in fase postprandiale) e di continua osservazione. In quell'occasione dovrebbe beneficiare di una valutazione multidisciplinare nonché dell'introduzione di una terapia con iniezioni di insulina, il diabete e la sua gestione essendo fattori invalidanti aggiuntivi alle sue condizioni." (doc. B) Il 5 giugno 2014, chiamato a prendere posizione in merito, il dr. med. _____, medico SMR, dopo aver riassunto la fattispecie ha affermato che " la dr.ssa _____ mette l'accento sulla problematica postinfortunistica, problematica che è stata debitamente valutata dalla _____ e rimane competenza _____. Non vi sono nuovi elementi clinici al di fuori di questa nota problematica " (doc. XII/Bis).

2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.5. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, per i motivi che seguono deve confermare le conclusioni dell'UAI e meglio dei medici SMR, dr. med. _____ e dr. med. _____ che

hanno accertato, fino alla data dell'emissione della decisione formale (29 gennaio 2014), determinante per stabilire la correttezza del provvedimento impugnato (cfr. DTF 121 V 366 consid. 1b), una stabilità dello stato di salute del ricorrente rispetto alla precedente valutazione sfociata nella decisione del 14 giugno 2011 di soppressione della rendita e meglio l'assenza di una modifica rilevante del grado d'invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione. 2.5.1. Circa la patologia psichica, il TCA deve in primo luogo sottolineare come la gestione della fattispecie non sia stata molto lineare. Inizialmente il dr. med. _____, medico SMR, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver preso atto della perizia del CPAS del 28 giugno 2012 (doc. AI 72), aveva attestato una capacità lavorativa di 6 ore al giorno con rendimento ridotto del 20% (doc. AI 77-1) ed in seguito un'incapacità lavorativa del 40% (doc. AI 86-1), che tuttavia, come evidenziato dai medesimi funzionari dell'UAI (doc. AI 90-1 e doc. AI 92-1), non era fondata su alcun atto medico. Successivamente il medesimo medico SMR, dr. med. _____, anche in seguito alle risposte fornite dalla perita, dr.ssa med. _____, si è corretto, evidenziando che la distimia, non essendo associata ad alcun altro disturbo psichico, nel preciso caso di specie non può essere invalidante (doc. AI 96-1). Quanto accaduto non modifica la correttezza della conclusione cui è giunto il medico SMR, dr. med. _____, nella sua valutazione del 6 novembre 2013 (doc. AI 96-1). Il TF ha infatti ritenuto che la diagnosi di distimia, non è, in quanto tale, invalidante (cfr. la sentenza I 649/06 del 13 marzo 2007, pubblicata in SVR 2008 IV n° 8 pag. 23, nella quale il Tribunale federale ha sottolineato di avere già evidenziato, a più riprese, che la diagnosi di distimia – che corrisponde ad una depressione cronica del tono dell'umore, che non è sufficientemente grave da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve - pur potendo dare luogo ad una diminuzione del rendimento, non è, in quanto tale, invalidante). L'Alta Corte ha ribadito tale principio in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, nella quale ha precisato quanto segue: "(...) 4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio - a seconda delle circostanze - effetti invalidanti (sentenze 1938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; 1834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; 1488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza 1653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia "unicamente" una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008 IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06]). (...)” Nel caso di specie i periti del CPAS, dr. med. _____ e dr.ssa med. _____, entrambi specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia, il 28 giugno 2012 hanno stabilito che l'insorgente è affetto unicamente da distimia (ICD 10 F 34.1; doc. AI 72-9: “ il quadro clinico si è poi evoluto in una depressione cronica del tono dell'umore che persiste almeno da due anni e che come tale è inquadrabile come una distimia ”). Il 29 ottobre 2013 la dr.ssa med. _____ ha confermato la diagnosi di distimia, con la presenza di un disturbo del sonno, una lieve riduzione della quota energetica e della volizione, un certo grado di ritiro

sociale (doc. AI 95-1). Ciò, in applicazione della citata giurisprudenza federale non è sufficiente per determinare un danno alla salute ai sensi della legge (sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, consid. 4.3). Le attestazioni della curante, dr.ssa med. _____, peraltro non specialista FMH in psichiatria e psicoterapia , che non ha posto una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (ha infatti affermato che il paziente “ presenta una depressione larvata ” [doc. AI 81-2], rispettivamente che è affetto da una “ sindrome ansioso depressiva cronica, possibile sindrome da stress post-traumatico ” [doc. B]), non sono atte a sovvertire le valutazioni peritali. La curante si limita infatti ad una descrizione generica della sofferenza psichica del proprio paziente (insonnia, incubi, inappetenza, cefalee, palpitazioni, astenia generalizzata, ritiro sociale), senza tuttavia apportare elementi clinici oggettivi di novità, circa un asserito peggioramento dello stato di salute, rispetto a quanto hanno potuto constatare i periti del CPAS (cfr. doc. AI 72-6: “ il sonno è disturbato, scarso numero di ore di riposo notturno e caratterizzato da incubi [...] si sente stanco [...] ”; doc. AI 95-1: “ disturbo del sonno, una lieve riduzione della quota energetica e della volizione, un certo grado di ritiro sociale ”), i quali hanno stabilito che la depressione cronica del tono dell’umore che persiste da alcuni anni è generata “unicamente” da una distimia (doc. AI 72-8 e 72-9; cfr. anche le dichiarazioni dell’assicurato al momento della visita presso il medico circondariale della _____, dr. med. _____, l’8 febbraio 2010, doc. _____ 123-3: “ Si sveglia spesso. Riferisce spesso incubi. Ogni tanto si sente completamente soffocare e non riesce più a respirare durante o in seguito alla deglutizione. Si sente molto nervoso e teso. Non ha voglia di uscire di casa e di incontrare altra gente [...] ”). Va qui rammentato 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 (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, di esacerbazione del male, tende a farsi un’idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). In una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l’assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). Alla luce di quanto sopra esposto, dal punto di vista psichico, la situazione valetudinaria è pertanto sovrapponibile a quella accertata con la decisione del 14 giugno 2011, che si era fondata sulla valutazione del dr. med. _____ il quale aveva rilevato l’assenza di patologie psichiatriche di rilevanza clinica (doc. _____ 127-3). 2.5.2. Questo Tribunale non vede motivo per scostarsi dalle valutazioni dei medici SMR neppure per quanto concerne la patologia internistica. La curante, dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina interna, non ha infatti portato elementi medici oggettivi atti a dimostrare un peggioramento dello stato di salute valetudinario che abbia avuto un’incidenza sul grado d’invalidità del ricorrente, limitandosi ad una descrizione della

patologia, già conosciuta, di cui è affetto l'interessato e delle conseguenze della malattia, di cui i medici hanno già tenuto conto (cfr. in particolare il doc. _____ 123, perizia dell'8 febbraio 2010 del dr. med. _____). Nello specifico, la specialista ha da ultimo posto la diagnosi di esiti di gastrectomia totale a febbraio 2007 per perforazione d'origine caustica con disfagia intermittente in concomitanza con l'alimentazione, sindrome di dumping precoce nella fase post-prandiale, ispessimento mucoso nella regione dell'anastomosi, gastroscopia e colonscopia a ottobre 2013, Ospedale _____, asportazione di adenoma rettale, calo ponderale di 10 chili negli ultimi sei mesi, diarrea cronica recidivante, diagnosi di colite microscopica linfocitaria, 2011 (doc. B). La dr.ssa med. _____ ha aggiunto che l'interessato presenta tuttora i postumi dell'invalidante intervento subito, cioè faticabilità mancanza dello stimolo della fame malgrado la necessità di assumere pasti frequenti; diverse intolleranze alimentari; disturbi addominali nella fase postprandiale. Necessita di un'alimentazione sostenuta con sei pasti frazionati al giorno, in ambiente tranquillo, ognuno con una fase di digestione in posizione orizzontale di circa un'ora. Durante il pasto avverte dolori retrosternali al passaggio del bollo alimentare nell'esofago, in seguito peso epigastrico, sudorazioni, tachicardia, sensazione di svenimento, crampi addominali, tallonamenti, flatulenza, frequenti scariche intestinali con carattere diarroico. Questo fa sì che abbia un certo timore nell'alimentarsi, da dove nasce la causa principale della perdita ponderale. Conseguenze dell'intervento a livello ematico sono: tendenza all'anemia ferri priva con stanchezza cronica, carenza di vitamina B12 ed acido folico che devono essere sostituiti. Negli ultimi mesi presenta un diabete mellito tipo II di difficile digestione, soprattutto data l'impossibilità di seguire una dieta ipocalorica (in stato di gastrectomia necessita di pasti frequenti ed ipercalorici). Le patologie e le limitazioni descritte dalla curante non si scostano molto da quanto era già stato accertato nel corso della procedura sfociata nel riconoscimento di una rendita della LAINF al 38% e della soppressione della rendita AI. Il dr. med. _____, medico _____ della _____, in data 18 febbraio 2010 aveva rilevato la presenza di " persistenti problemi di inghiottimento di cibi solidi. E' costretto a mangiare piccole quantità ma spesso. Persistenti dolori alla pancia, che tende a gonfiarsi dopo aver mangiato (...) Dopo aver mangiato si riempie la pancia di gas e sente certi movimenti fastidiosi all'interno della pancia. Si deve sempre coricare a causa dei movimenti all'interno della pancia e per una stanchezza post-prandiale. Si sente molto debole e non riesce a camminare per tratti lunghi ". Nella descrizione degli atti medici figura che l'assicurato " soffre spesso di malesseri post-prandiali verosimilmente su svuotamento rapido ed una "dumping sindrome" precoce " (doc. _____ 123-2). I medici, già in passato, hanno tenuto conto della necessità, per l'interessato, di dover effettuare delle pause a causa della necessità di frazionare il cibo (doc. _____ 123-3: " il paziente sarà costretto ad una dieta frazionata nel senso di assumere solo piccole porzioni di cibo alla volta, ma più spesso durante il giorno ") ed avevano evidenziato che " i disturbi riferiti dall'assicurato in gran parte non sono oggettivabili " (doc. _____ 123-3). Neppure il calo ponderale è una novità, ritenuto che già in passato l'insorgente aveva avuto una diminuzione del peso (cfr. doc. _____ 123-2: " [...] dopo un importante perdita ponderale ha ritrovato un peso molto vicino al peso precedente all'incidente "), così come la tendenza all'anemia ferripriva con stanchezza cronica, carenza di vitamina B12 ed acido folico che devono essere sostituiti. Infatti già l'8 giugno 2010 il dr. med. _____ aveva affermato che "(...) a causa della gastrectomia il paziente dovrà sottoporsi regolarmente a controlli della Ferritina e della Vitamina B12 con conseguenti sostituzioni parenterali " (doc. _____ 128-1). Lo stesso medico aveva

riscontrato la presenza di “ episodi di blocco del bolo alimentare a livello dell’esofago che quando avvengono possono disturbarlo anche per più di mezza giornata; vi dovrebbero essere frequenti pause lavorative (almeno una ogni 2 ore) per potersi alimentare correttamente con piccoli quantitativi di cibo ma anche per rilassare la parete addominale che, anche se corretta, continua a provocare dolori di tipo muscolari descritto come puntori ed aumentati dallo sforzo. Inoltre vi è una riduzione globale della prestanza fisica ” ed ha domandato, alla _____, di comunicargli “ il benessere a continuare i controlli di Ferritina e Vitamina B 12 e di poterle sostituire correttamente ” (doc. _____ 128). L’unica vera novità è la diagnosi di diabete mellito tipo II che la dr.ssa med. _____ afferma essere insorto negli ultimi mesi (cfr. doc. B) e che sarebbe di difficile controllo, data l’impossibilità di seguire una dieta ipocalorica poiché in stato di gastrectomia necessita di pasti frequenti ed ipercalorici. La curante, che ha comunque inserito il diabete mellito di tipo II trattato con “ antidiabetici orali ” tra le “ diagnosi collaterali ” (doc. B), tuttavia non dice nulla circa l’incidenza di questa sola patologia sulla capacità di lavoro dell’assicurato, il quale, del resto, non risulta né essere in cura presso uno specialista in diabetologia, né dover seguire un trattamento particolare che esulerebbe da quello normalmente seguito da qualsiasi assicurato nella medesima situazione. Egli deve infatti assumere antidiabetici orali (doc. B). Va a questo proposito segnalata una sentenza dell’11 maggio 2007 (inc. 32.2007.62), confermata dalla pronunzia 9C_376/2007 del 13 giugno 2008, in cui questo Tribunale ha citato le parole di un medico SMR che aveva rammentato come “ anche persone che applicano il sistema di controllo intenso, ossia diverse misurazioni delle glicemie al giorno, con applicazione di insulina 4 o 5 volte al giorno, non presentano di regola un’inabilità lavorativa dato che queste misurazioni vengono di regola svolte prima dei pasti e al bisogno con dispendio minimo di tempo (pochi minuti). Per informazioni allego una documentazione della società svizzera diabetici che illustra che con un diabete si è in pratica in grado di svolgere tutte le professioni con poche eccezioni ”. In concreto non vi è alcun elemento oggettivo circa un qualsiasi impedimento maggiore dell’attività lavorativa, dovuto al diabete, rispetto a quanto accertato nel corso della precedente procedura, non essendo indicate cure cui l’interessato si starebbe sottoponendo e che gli impedirebbero l’esercizio di un’attività leggera e confacente al suo stato di salute in misura completa. Quanto alla circostanza che il ricorrente non è stato visitato dai medici dell’AI nell’ambito della valutazione della patologia internistica, va evidenziato che con sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008 al consid. 3.4 (cfr. anche sentenza 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012, consid. 4.2; cfr. anche sentenza 8C_908/2012 del 29 maggio 2013, consid. 4.2.1) il TF ha affermato: “ L’accertamento dei fatti da parte del primo giudice non può del resto neppure essere censurato per essersi (parzialmente) fondato sulle valutazioni del Servizio medico X. _____ senza che i medici di detto servizio abbiano in precedenza esaminato il peritando. A tal proposito è sufficiente ricordare che una perizia basata sui soli atti (“Aktengutachten”) è senz’altro possibile se dispone - come nel caso di specie - di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (RAMI 1988 no. U 56 pag. 371 consid. 5b con riferimenti).” In concreto la documentazione medica prodotta dal ricorrente, ed in particolare le certificazioni della propria curante, dr.ssa med. _____, hanno permesso al dr. med. _____, medico SMR, di accertare una sostanziale stabilità dello stato valetudinario del ricorrente e di conseguenza l’assenza di una modifica rilevante dello stato di salute con incidenza sul grado d’invalidità dell’interessato, senza procedere ad un esame personale. Le perizie eseguite nell’ambito della precedente procedura confrontate con i nuovi atti medici nei quali figura l’evoluzione dello stato di salute dell’insorgente,

hanno infatti permesso al medico SMR di accertare la situazione valetudinaria dell'assicurato senza che fosse necessaria una visita medica. A questo proposito, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del 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). Non rilevante è invece il risultato della TAC toraco addominale eseguita il 20 maggio 2014, la quale ha evidenziato noduli polmonari di origine non chiara, che saranno oggetto di ulteriori accertamenti (doc. X). Da una parte non emerge che ciò abbia portato ad una modifica rilevante del grado d'invalidità, d'altra parte, in ogni caso, secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento. Ne segue che se l'interessato ritiene che il suo stato di salute sia peggiorato successivamente all'emanazione della decisione in esame (29 gennaio 2014), può inoltrare una nuova richiesta che sarà oggetto di un procedimento separato. Alla luce di quanto sopra esposto, non risulta necessario procedere con ulteriori accertamenti ed in particolare far allestire una perizia medica, essendo la documentazione agli atti sufficiente per decidere nel merito del ricorso. Quanto alla richiesta, formulata il 18 luglio 2014, di richiamare l'incarto della _____ " alla quale è pure stato notificato il peggioramento dello stato di salute ", va qui evidenziato che, come prassi, con la risposta di causa l'UAI ha già prodotto l'incarto completo, compreso l'incarto LAINF contenente i documenti fino al 24 aprile 2012 (doc. AI 71-1). L'insorgente non fa valere, né del resto emerge dagli atti, di essere stato successivamente sottoposto a nuove valutazioni mediche da parte della _____. Egli si limita infatti a rilevare di aver segnalato anche all'assicuratore contro gli infortuni l'asserita modifica dello stato valetudinario. Ne segue che questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui rammentato che 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 sentenza dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di

procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (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). 2.6. Alla luce di quanto sopra esposto, ritenuta la sostanziale stabilità dello stato di salute del ricorrente rispetto a quanto accertato nella procedura sfociata nella decisione del 14 giugno 2011 (doc. AI 46-1), e meglio accertato che non si è in presenza di una modifica rilevante del grado d'invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione, è a giusta ragione che l'UAI ha respinto la richiesta, senza che fosse necessario procedere ad un nuovo raffronto dei redditi né, indicare, nuovamente, le attività che l'interessato potrebbe svolgere. 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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