

TI_GERICHTE 32.2019.123 vom 22. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.123

FR: TI_GERICHTE 32.2019.123 du 22 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.123 del 22 maggio 2019

Regeste

Nuova domanda. Visti il rapporto finale e le annotazioni SMR (incapacità lavorativa totale dal gennaio 2017 e da aprile 2017 CL 50% in attività abituale e CL 100% in attività adeguata) a ragione l'Ufficio AI, sulla base del confronto dei redditi, ha negato il diritto a prestazioni

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 30/31, pag. 430-433). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (vedi anche la STF 9C_27/2019 del 27 giugno 2019 consid. 2, resa nella composizione di 5 giudici). 2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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 (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 e 122 V 160 consid. 1c). 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGa (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. 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). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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). 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, consid. 5.3). 2.5. In concreto – vista l'annotazione del 23 ottobre 2017 (doc. AI 139/395-396) nella quale il medico SMR dr. _____ (dopo aver rilevato che con decisione del 22 maggio 2014 (in quanto abile al 100% nell'attività di gessatore secondo la perizia pluridisciplinare 22 gennaio 2014 del

_____) l'Ufficio AI del Canton _____ ha respinto la domanda di prestazioni AI del febbraio 2013 (cfr. consid. 2.1) e che nelle successive domande di prestazioni inoltrate dall'assicurato (l'ultima quella del mese di marzo 2017 dopo la degenza dal 15 al 17 febbraio 2017 presso la _____) lo stesso Ufficio AI del Canton _____ non è entrato nel merito (cfr. consid. 1.2)) ha confermato l'entrata in materia data la diagnosi di rottura transmurale del sovraspinato della spalla sinistra posta dal dr. _____ nel rapporto del 6 settembre 2017 (doc. AI 134/382-383) – , l'Ufficio AI è entrato nel merito della domanda di prestazioni del settembre 2017 (cfr. consid. 1.3). L'Ufficio AI, come accennato (cfr. consid. 1.3), con decisione del 22 maggio 2019 – aggiornati gli atti medici come da annotazione del 25 luglio 2018 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 166/528) e considerati l' "Opposizione " del 20 marzo 2019 (doc. AI 178/561-565; inoltrata tramite l'avv. _____ contro il "Progetto di decisione" del 19 febbraio 2019 sub doc. AI 173/546-550) nonché il certificato medico della dr.ssa _____, FMH in medicina generale, del 30 aprile 2019 (doc. AI 183/589) – ha negato il diritto a prestazioni. L'amministrazione, dal punto di vista medico, si è fondata sui seguenti atti: • Rapporto finale SMR del 7 novembre 2018 (doc. AI 172/542-545) Nel quale il medico SMR dr. _____ – poste le seguenti diagnosi: con ripercussioni sulla CL "(...) coronaropatia cronica con: - st. d. PTCA/1x Stentind (DES) del 2° PLA/RCX il 15.2.17 – 50% stenosi della bifurcazione RIVA/1.DA (IVUS) - stenosi subtotale nella parte distale del 2° DA (nessuna intervento) - RCA con irregolarità diffusa della parete - ventricolo sinistro normale con FE 65% - anamnesticamente St. n. NSTEMI (01/2017, Lecce, Italia). Sindrome metabolica scompenso cronico su difficile compliance con: - Retinopatia di fondo, microaneurismi, microemorragie nel 6.2017 (Dr. _____) - Diabete mellito tipo II insulinodipendente. Sindrome delle apnee del sonno in terapia con CPAP. Ipertensione arteriosa trattato. Dislipidemia trattato. Omalgia sinistra x rottura transmurale del sovraspinato, in cura Dr. _____, ortopedico. (...)" (doc. AI 172/544) e senza ripercussioni sulla CL "(...) attuale rottura transmurale del sovraspinato della spalla sinistra con visita di controllo del 17.09.2019 presso il Dr. med. _____ su/con: - Assicurato sintomatico solo per lieve astenia in assenza di sintomatologia algica e nessuna necessità di procedere ad intervento chirurgico (Dr. med. _____). (...)" (doc. AI 172/544) e ritenute le seguenti limitazioni: carico massimo 15 kg., alternanza della postura al bisogno, necessità di pause supplementari posto che "(...) adeguata è un'attività di tipo leggero, sia in magazzino come in ufficio, purché sia rispettosa delle limitazioni qui sopra segnate (...)" (doc. AI 172/545) – ha concluso per un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal gennaio 2017 e, dall'aprile 2017, una capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale e del 100% in un'attività adeguata. • Annotazione per/da SMR del 26 marzo 2019 (doc. AI 179/572-577) Nella quale il medico SMR dr. _____ – avuto riguardo alla succitata "Opposizione " del 20 marzo 2019 (doc. AI 178/561-565) e premesso che "(...) l'età, il basso livello d'istruzione, così come le difficoltà linguistiche e i fattori socioculturali, sono condizioni estranee all'invalidità e, pertanto, fattori non assicurati dall'A.I. (...)" (doc. AI 179/572) – ha rilevato che: " (...) Rispondendo ora ordinatamente alle successive osservazioni del rappresentante legale dell'assicurato affermo quanto segue: A proposito del "grave infarto" , così impropriamente definito dal rappresentante legale dell'assicurato, si risponde che questi non ha affatto subito un "grave" infarto miocardico acuto. Benché in gennaio 2017 l'assicurato sia stato diagnosticato per un NSTEMI (N on S - T E levation M yocardial I nfarction), l'esame ecocardiografico transtoracico prima e la coronarografia con ventricolografia dopo (_____), non hanno mai documentato alcun danno

post-infartuale a carico del miocardio. Tanto è vero che ambedue i reperti deponevano per un ventricolo sinistro di dimensioni normali, per una funzionalità sistolica anch'essa normale (EcoTT: FE 60%; Ventricolografia: FE 68%) e senza alcuna dimostrazione di alterazioni della cinesi del setto interventricolare, le quali, quando presenti, costituiscono un indice indiretto di ipertrofia del ventricolo sinistro. Inoltre, si precisa che l'assicurato è stato sottoposto a procedura di angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) con applicazione di uno stent e non, invece, ad un intervento di cardiocirurgia cruenta quale può essere la classica rivascolarizzazione mediante by-pass aorto-coronarico. Per amore di chiarezza, si ricorda che "gravi" sono quegli infarti miocardici acuti (IMA) che esitano in una drastica riduzione della FE (Frazione di Eiezione, indice della funzione contrattile del ventricolo sinistro), e che già al momento della loro manifestazione possono dar luogo a shock cardiogeno con necessità di contropulsazione aortica, che causano profondi disordini della cinesi settoriale e globale del cuore, infarti la cui estensione importante determina un profondo rimaneggiamento strutturale di parete con incremento del contingente fibrotico e dilatazione (rimodellamento), talora evolutiva, che si traduce in un'insufficienza cardiaca cronica di varia entità fino a giungere ad episodi di scompenso cardiaco e quadri clinici ricorrenti di edema polmonare acuto (EPA). Infine, dette modificazioni post-infartuali offrono il substrato anatomico ideale per un'instabilità elettrica del miocardio con comparsa di disordini della genesi del ritmo e della conduzione dell'impulso (blocchi di branca sinistra, blocchi atrio-ventricolari avanzati, aritmie ventricolari ipercinetiche) e, talora, necessità di impianto di pacemaker o defibrillatore. Nulla di tutto quello che è stato testé descritto ha mai riguardato la situazione cardiologica dell'assicurato. Si ribadisce quindi che la funzionalità cardiaca dell'assicurato è perfettamente conservata e non risulta agli atti che egli abbia mai sviluppato una condizione clinicamente manifesta di insufficienza cardiaca, nemmeno durante il NSTEMI del gennaio 2017. Del resto, il suo medico curante, Dr.ssa med. _____, nel suo rapporto del 28.09.2018 (16.10.2018 = 0001 GED), afferma che: " clinicament e in particolare dal lato cardiace, la sua situazione è stabile" . Inoltre, l'assicurato non ha mai avuto episodi di scompenso cardiaco, non lamenta dispnea né senso di oppressione retrosternale, riesce ad andare in bicicletta (!) ed i valori pressori sono ben controllati. Ancora, a proposito della "grave forma di diabete" , definizione personale del rappresentante legale che non corrisponde ad alcuna entità nosologica codificata secondo il sistema di classificazione ICD-10, si risponde che le diagnosi specialistiche attestare dal Dr. med. _____, FMH in Medicina Interna ed Endocrinologia, il 30.01.2018 sono: Sindrome metabolica: - Diabete mellito tipo II con controllo metabolico nettamente migliorato, in trattamento con insulina basale +GLP-1 + SGLT-2 inibitore; - Dislipidemia in trattamento; - Ipertensione arteriosa in trattamento; - Obesità (non classificata). Coronaropatia cronica: - Stato dopo PTCA-stent. Come si può notare, non vi è alcun riferimento ad un'eventuale perdita dell'uso degli arti superiori né inferiori, né alcun cenno a complicanze sistemiche multi-organo di natura micromacroangiopatica e neurogena correlate al diabete mellito di tipo II. Per ciò che concerne la "polineuropatia probabilmente diabetica" (entità, anche questa, non codificata secondo ICD-10) e la retinopatia diabetica annoverate nella lista diagnosi del rapporto del Dr. med. _____ dei 06.06.2017, si osserva che la prima non risulta, agli atti, stabilita in ambito specialistico neurologico ed oggettivata mediante esame di ENMG né, infine, definita nella sua espressività clinica. Esiste, infatti, una classificazione delle neuropatie che ne descrive forma, distretto corporeo interessato e severità e che riportiamo di seguito. [...]. Si afferma, per converso, stando agli atti medici disponibili, che l'assicurato conserva un buon uso degli arti inferiori, sia sulla

base di quanto dichiarato alla Dr.ssa med. _____ appena cinque mesi fa ("riesce ad andare in bici"), sia sulla base della cicloergometria effettuata il 06.06.2017 presso lo studio del Dr. med. _____ di _____, con il seguente referto: "Sforzo massimo di 90 Watt (primo min. 50 Watt, poi 10 Watt/min. per un totale di 5 minuti). Sforzo teorico 150 Watt. Interruzione per esaurimento. Carico massimo 3.8 METS. Aumento del polso da 84/' a 110/', PA massima 136/77 mmHg. Per quanto valutabile con prova incompleta nessun segno di ischemia significativa" . L'affermazione del rappresentante legale dell'assicurato al VII rigo del paragrafo 2 di pagina 2 delle sue osservazioni al progetto del 20.03.2019, secondo cui: "(la grave forma di diabete) ... nell'arco di un anno ne ha compromesso in maniera irreversibile la vista e l'uso degli arti inferiori , e ancora: "... a causa del diabete, il signor RI 1 ha perso gran parte della sensibilità e dell'uso delle gambe: Egli riesce a stento a camminare e necessita di assistenza" , non è supportata, agli atti, da alcuna oggettivazione specialistica e clinicostrumentale. Non si può non sottolineare, comunque, che fino a cinque mesi fa l'assicurato riusciva ad andare in bici, mentre il rappresentante legale dell'assicurato afferma che nell'arco di un anno il diabete gli ha compromesso l'uso degli arti inferiori. Ancora, la successiva affermazione del rappresentante legale dell'assicurato per cui: "il signor RI 1 deve utilizzare una maschera ad ossigeno per dormire in quanto soffre di apnea notturna" è totalmente erronea e priva di fondamento medico per le seguenti ragioni: 1) L'apparecchio CPAP (C ontinuous P ositive A irway P ressure) non eroga ossigeno, per cui l'assicurato non assume alcuna ossigenoterapia. Si tratta in realtà di una terapia ventilatoria che sfrutta l'aria ambiente e che permette ai pazienti affetti da OSAS (O bstruttive S leep A pnea S yndrome) una vita normale, ossia senza russare, senza pause respiratorie: "vigili e in forma durante il giorno" (cit. www. Iegapolmonare.ch). 2) L'OSAS, ossia la sindrome delle apnee ostruttive del sonno, è una condizione così ampiamente diffusa nella popolazione mondiale da determinare perfino il fenomeno paradosso della sottostima, vale a dire che l'80% dei casi sfugge alla diagnosi. Si tratta di centinaia di milioni di persone dopo i 40 anni che svolgono quotidianamente il proprio lavoro senza nemmeno sapere di esserne affetti. Ciò perché è tutt'altro che frequente che una OSAS possa esercitare un influsso certo sugli aspetti funzionali di chi ne è colpito. 3) In ogni caso, non risulta agli atti alcuna oggettivazione specialistica e clinico-strumentale di OSAS per l'assicurato. 4) Il rappresentante legale dell'assicurato non fa il minimo cenno alla sintomatologia da questi eventualmente accusata, da porre in relazione certa con la OSAS, fermo restando che un trattamento corretto della OSAS permette una vita assolutamente normale, come si diceva all'inizio. 5) L'indicazione primaria della CPAP non è "per dormire" , come affermato dal rappresentante legale dell'assicurato. Allo stesso modo, per quanto concerne la retinopatia diabetica, non risulta agli atti che detta condizione sia stata stabilita in ambito specialistico né che sia stata classificata e sottoposta a trattamento specifico. Come in tutta la patologia umana, l'estensione, la progressione e la severità di una retinopatia sono talmente eterogenee che non sempre la patologia esercita un influsso sulla capacità visiva, quindi sugli aspetti funzionali dei pazienti colpiti, fermo restando che ogni affermazione del rappresentante legale dell'assicurato, in assenza di relativa documentazione clinico-strumentale e specialistica oggettivante, non ha alcuna valenza medica e, pertanto, non conferma l'esistenza della patologia in questione né le sostenute sue ricadute sugli aspetti funzionali dell'assicurato. Nel RAF SMR del 08.11.2018 [ndr. recte: 7 novembre 2018], riportavo la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di: Attuale rottura transmurale del sovraspinato della spalla sinistra con visita di controllo del 17.09.2018 presso il Dr. med. _____ su/con: - Assicurato sintomatico solo per lieve astenia in

assenza di sintomatologia algica e nessuna necessità di procedere ad intervento chirurgico (Dr. med. _____). Infatti, nel suo rapporto del 17.09.2018 il Dr. med. _____, riporta quanto segue: "In data odierna abbiamo nuovamente discusso della possibilità di procedere ad un intervento di ricostruzione della cuffia dei rotatori. Il paziente dichiara di essere assolutamente indolore e di avere solo una lieve astenia. Gli ho dunque spiegato che non esiste una necessità formale di procedere all'intervento, ma che per evitare un futuro peggioramento della rottura, sarebbe consigliabile effettuarlo. Per prendere tuttavia una decisione definitiva abbiamo deciso di ripetere una risonanza magnetica per valutare se vi è stata una progressione della rottura". Ora, agli atti non è disponibile alcun altro documento del Dr. med. _____, ma desidero ricordare al rappresentante legale dell'assicurato che gli interventi di ricostruzione della cuffia dei rotatori hanno alte possibilità di successo e, spesso, determinano il ripristino della funzionalità della spalla con netto miglioramento della capacità lavorativa. Si sottolinea, però, che fino al 17.09.2018, l'assicurato dichiarava comunque di essere assolutamente indolore e di accusare solo una lieve astenia. Ergo, dal punto di vista eminentemente funzionale, la sola indicazione ad un eventuale intervento chirurgico non è incompatibile con quanto già noto e valutato in ambito SMR, anzi, vuol proprio dire che al momento attuale, in assenza di sintomatologia algica e con solo una lieve astenia, l'assicurato ha una IL del 50% nella sua attività abituale, mentre ad intervento di ricostruzione CDR eseguito, la CL potrebbe ritornare completa. In ogni caso, la capacità lavorativa dell'assicurato in un'attività adeguata rimane completa. L'ennesima affermazione del rappresentante legale dell'assicurato secondo cui egli: "oggi non riuscirebbe a svolgere alcuna attività fisica in quanto i problemi della circolazione sanguigna dovuti al diabete compromettono oltre all'uso delle gambe, anche l'uso degli arti superiori", non solo non corrisponde ad alcuna entità nosologica codificata in ambito specialistico secondo la classificazione ICD-10, ma non è supportata da alcuna oggettivazione specialistica e clinico-strumentale. A proposito, poi, del fatto che i problemi della circolazione sanguigna dovuti al diabete compromettono l'uso anche degli arti superiori, si osserva che la Letteratura Scientifica sull'argomento, oltre alla polineuropatia simmetrica distale, contempla anche l'entità "piede diabetico" nel contesto della più ampia complicanza macroangiopatica di frequentissima osservazione a livello dell'arto inferiore (arteriopatia periferica), mentre l'eventuale "mano diabetica" è un'entità controversa che non assurge a medesimo significato e non implica quelle temibili quanto diffuse conseguenze del piede diabetico con perdita degli annessi tegumentari, delle dita, necrosi del piede in toto e necessità di amputazione. Ora, sebbene Jung, un chirurgo della mano, nel 1971 propose l'epiteto di "mano diabetica", caratterizzata da un'atrofia dei muscoli e dei tessuti superficiali, talvolta associata ad una contrattura in flessione delle metacarpofalangee e delle interfalangee prossimali e distali, la predominanza di questa condizione è molto meno marcata nel sesso maschile. Inoltre, le lesioni ischemiche (poiché stando alle affermazioni del rappresentante legale, il problema è di natura circolatoria, quindi ischemica), si localizzano più frequentemente al III e IV dito piuttosto che al IV e V dito come avviene nelle altre forme eziologiche. Ora, ci riferisca il rappresentante legale dell'assicurato circa la natura delle lesioni a carico della mano, le loro caratteristiche macroscopiche e il coinvolgimento delle dita. Agli atti non è disponibile alcuna documentazione medica in merito, alcuna presa a carico specialistica, alcuna indagine strumentale, alcuna terapia in atto, alcun procedere medico specifico. Inoltre, il rappresentante legale dovrebbe documentare mediante esame ENMG che la velocità di conduzione nervosa del mediano e dell'ulnare è rallentata. Si ricorda in questa occasione che l'associazione della "mano

diabetica" con la neuropatia è molto significativa, senza però che il legame di causa-effetto possa essere dimostrato. Circa la possibilità di un'arteriopatia di ambedue gli arti superiori, tale da comprometterne l'uso, non è presente agli atti alcuna documentazione medica, alcuna indagine strumentale, invasiva e non, alcuna presa a carico specialistica, alcuna terapia in atto, alcun procedere stabilito. Mi limito in questa occasione ad anticipare che l'entità nosologica "arto superiore diabetico", come tale, non è nemmeno contemplata dalla Letteratura Medica. Per concludere, tutte le affermazioni del rappresentante legale dell'assicurato, senza eccezione alcuna, o sono completamente erranee, o non hanno alcuna base scientifica, o non sono oggettivate da alcuna documentazione medica specialistica, o addirittura, non sono collocabili in nessuna entità nosologica codificata secondo il sistema di classificazione ICD-10, quindi non risultano neanche nel novero degli epiteti contemplati in Letteratura Medica. Alla luce delle suesposte considerazioni, ritengo pertanto che non vi è alcuna ragione medica plausibile che indichi l'espletamento di una perizia pluridisciplinare e confermo integralmente tutte le mie prese di posizione sul caso. (...)" (doc. AI 179/572-577) • Annotazione per/da SMR del 21 maggio 2019 (doc. AI 185/591) Nella quale il medico SMR dr. _____ – avuto riguardo al certificato medico 30 aprile 2019 della dr.ssa _____ (doc. AI 183/591) – ha concluso che "(...) - La condizione di retinopatia riportata nello stringato rapporto della Dr.ssa med. _____ del 30.04.2019 risale al 2017. Pertanto, teoricamente, sono ben due anni che l'assicurato non si sottopone a controllo oftalmologico. - La polineuropatia periferica resta non classificata e non ne è nemmeno indicata la data della diagnosi e lo specialista che la segue. - "Disturbi della memoria breve" non corrisponde ad alcuna diagnosi specialistica codificata secondo ICD-10. Non è stato fornito entro i termini alcun documento medico in proposito. Sulla base delle suesposte considerazioni, confermo integralmente tutte le mie precedenti prese di posizione sul caso. (...)" (doc. AI 185/591). Con il presente ricorso l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medica e – così invitato dal giurista dell'AI a prendere posizione sulle censure sollevate ai punti da 8 a 17 del gravame (V/1 ultimo foglio) – il medico SMR dr. _____, nell'annotazione 27 giugno 2019, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) Rispetto all'osservazione di cui al punto

E. 8

del ricorso al TCA del 21.06.2019 patrocinato dall'avv. RA 1, si fa notare che la documentazione medica pervenuta agli atti risulta esaustiva sia sotto l'aspetto squisitamente clinico che medico-assicurativo. La validità della stessa ha poi permesso una valutazione medico-teorica SMR corretta e completa. Infatti, dal 21.05.2019, data della mia ultima presa di posizione (vedi annotazione SMR del 21.05.2019 - 0001 GED) sul più recente documento medico prodotto a sostegno del peggioramento clinico dell'assicurato, non è stata resa disponibile dal precedente rappresentante legale alcuna, ulteriore documentazione che lo oggettivasse. Non vi era, pertanto, un'indicazione a contattare il medico curante poiché non vi era alcun argomento che suggerisse nuove riflessioni su quanto già valutato in ambito SMR, fermo restando che è nell'interesse primario dell'assicurato, del suo medico curante e del suo rappresentante legale fornire, ab initio, all'AI il dossier completo e aggiornato di tutti gli atti medici. Desidero comunque far presente all'Avv. RA 1 che in data 25.07.2018 ritenevo ugualmente di contattare la collega _____. Riporto di seguito la relativa annotazione SMR (25.07.2018 - 0001 GED): [cfr. doc. AI 166/528] Nell'occasione, riporto per intero la comunicazione da parte del nostro Ufficio dell'atto testé citato alla collega _____, come segue: [cfr. doc. AI 167/529] A detta comunicazione seguivano ben tre (3) richiami del nostro Ufficio, di cui l'ultimo in data 15.10.2018 per mancato

riscontro. A quest'ultimo richiamo, la collega rispondeva inviando la documentazione aggiornata richiesta, insieme ad un suo rapporto sullo stato clinico del momento. Si pone ora l'accento sulle dichiarazioni della collega secondo cui l'assicurato: "Clinicamente e in particolare dal lato cardiaco, la sua situazione è stabile da quando che l'ho conosciuto nell'aprile 2017. Non ha avuto dei scompensi cardiaci. Non si lamenta di dispnea né d'oppressione retrosternale. Riesce d'andare in bici. I valori pressori sono ben controllati. Il prossimo controllo cardiologico è previsto per Novembre 2018". A quanto dichiarato dalla curante aggiungo che in assenza di un documentato danno miocardico post-NSTEMI e con una funzione ventricolare conservata, non vi era alcun presupposto per lo sviluppo di un'insufficienza cardiaca né alcuna indicazione ad una visita SMR. Ora, alla luce dei fatti, l'Avv. RA 1 non può di certo sostenere che la collega _____ non sia stata contattata. Non solo, ma si è data all'assicurato e al suo precedente rappresentante legale, ampia facoltà di produrre ogni documentazione medica possibile, ivi compresa quella annunciata, di natura plurispecialistica. Si ricorda, infatti, che con lettera dello 08.04.2019 (09.04.2019 0001 - GED), il precedente rappresentante legale, Avv. _____, ci rendeva noti del fatto che l'assicurato aveva: "contattato il medico di famiglia per eseguire nuove visite allo scopo di accertare le attuali condizioni di salute, decisamente peggiorate negli ultimi mesi. Tuttavia per ottenere gli appuntamenti presso i numerosi medici specialisti (internista, oculista, cardiologo, pneumologo ecc.) sono necessarie diverse settimane, non è pertanto possibile rispettare il termine fissato al 09.04.2019 per produrre nuova documentazione medica". Si riporta di seguito il documento originale: [cfr. doc. AI 181/579] Ancora, lo stesso rappresentante legale, con comunicazione del 03.05.2019, produceva solo un certificato del 30.04.2019 della Dr.ssa med. _____, mentre si riservava di produrre "ulteriore documentazione entro il termine impartito". Tuttavia, le "nuove visite" presso numerosi medici specialisti annunciate dal precedente rappresentante legale dell'assicurato, non sono mai state dimostrate né dal _____, né dall'assicurato né dal curante che, malgrado sia il primo referente nonché il naturale detentore dell'intero dossier medico di un paziente, allestiva ancora un certificato privo di alcuna novità diagnostica e prognostica oggettivata rispetto al precedente del 28.09.2018 e a quanto già valutato, sulla base degli atti a disposizione, in ambito SMR. Per quanto poi riguarda l'affermazione della Dr.ssa med. _____ secondo cui "durante questi due anni la situazione della salute del signor RI 1 è peggiorata soprattutto per ciò che riguarda il diabete, difficilmente controllabile", si osserva che: 1) La collega non riporta alcun esame fisico obiettivo lege artis condotto sull'assicurato, volto a dimostrarne le limitazioni funzionali attraverso le rilevazioni della semeiotica classica; 2) La collega non propone alcun nuovo procedere diagnostico-clinico con l'intento di seguire l'assicurato per specialità; 3) La collega non parla di alcun ricovero ospedaliero resosi necessario negli ultimi due anni per, ad esempio, scompenso glicico-metabolico severo, coma iperosmolare, complicanza cardiovascolare (nuovo IMA, scompenso cardiaco o disordine del ritmo cardiaco), nefropatia diabetica con insufficienza renale, arteriopatia obliterante degli arti inferiori, piede diabetico, gangrena, amputazioni chirurgiche ecc.; 4) La collega parla di "diabete difficilmente controllabile" quando detta evenienza è in assoluto la più diffusa nella popolazione diabetica planetaria e la più verificabile nella pratica clinica quotidiana. In sostanza, la presenza di valori di glicemia non stabili non comporta necessariamente un peggioramento immediato dello stato di salute, costituendo perlopiù un ulteriore fattore di rischio per le complicanze del diabete, fatte salve quelle oscillazioni glicemiche estreme che condizionano quadri clinici specifici come, ad esempio, sindromi convulsive metaboliche ipoglicemiche, coma iperosmolare

ecc., situazioni, queste, che non si sono mai verificate nel caso dell'assicurato. Per finire, detto difficile controllo, non deriva da una qualche forma di "resistenza" del diabete alle varie strategie terapeutiche messe in atto, quanto da una difficile compliance da parte dell'assicurato stesso, come affermato dalla collega _____. 5) La collega non fa riferimento ad alcun nuovo referto ortopedico-reumatologico, specie in ordine alla non meglio specificata e codificata secondo ICD-10 diagnosi di "sindrome dolorosa cronica del piede destro dopo una distorsione importante nel 2017" . Non risulta che la curante, per tale problematica, abbia inviato l'assicurato presso uno specialista ortopedico. Ella non ha intrapreso alcun iter diagnostico né ha instaurato una terapia farmacologica a scopo antalgico. Ma la risposta alle succitate osservazioni è quanto meno ovvia: se l'assicurato avesse presentato anche una sola delle condizioni testé annoverate, la collega _____ non avrebbe mai potuto ometterlo. È del tutto impensabile, infatti, che si possa dimenticare un coma iperosmolare, un nuovo infarto miocardico acuto, una degenza ospedaliera per qualunque causa, una rivascolarizzazione di salvataggio, un intervento chirurgico di amputazione degli arti, una presa a carico ortopedica con intervento chirurgico, così come è del tutto impensabile che se ne dimentichi addirittura il paziente stesso, visto che, come si diceva, egli ha tutto l'interesse a sostenere il peggioramento del suo stato di salute e tutta la premura a dimostrarlo mediante gli atti medici in suo possesso. Ora, se nella mia annotazione SMR del 07.05.2019 scrivevo che non era possibile fare una valutazione corretta del caso solo sulla base del certificato della Dr.ssa med. _____, era (e non poteva essere altrimenti) perché ritenevo giusto attendere che l'istruttoria venisse completata con i numerosi rapporti medici specialistici annunciati dall'avvocato _____. Altrettanto evidente è il fatto che in assenza della nuova documentazione medica annunciata, valgono unicamente le diagnosi attestate dal curante insieme al resto della documentazione disponibile agli atti. Nel caso specifico, ciò che era effettivamente disponibile agli atti non dava adito a dubbi circa una corretta valutazione medico-assicurativa del caso. Il problema era che il rappresentante legale di allora aveva annunciato nuova documentazione probante un effettivo peggioramento dello stato di salute, per cui, correttamente, non potevo che attenderne la sua produzione agli atti. Produzione che non è mai avvenuta. Si ribadisce, quindi, che l'ampia, specialistica e nuova documentazione medica annunciata dall'avvocato _____ in data 08.04.2019, non è mai esistita de facto. Ne discende che non sono mai state oggettivate entità nosologiche codificate secondo ICD-10 in grado di sconfiggere la valutazione medico-teorica SMR. Si coglie ora l'occasione per invitare l'Avv. RA 1 a favorire tutta quella documentazione medica annunciata dal suo predecessore, comprovante il peggioramento clinico dell'assicurato. Rispetto all'osservazione di cui al punto

E. 9

del succitato ricorso al TCA, si risponde che l'affermazione per cui la valutazione della capacità lavorativa di un assicurato polimorbido non può prescindere da una perizia pluridisciplinare è priva di fondamento medico. Innanzitutto la condizione di polimorbilità non è affatto indice di grave compromissione dello stato fisico generale né di severità prognostica né di sicure riverberazioni sugli aspetti funzionali di chi ne è portatore: dei 346 milioni di persone affette da diabete in tutto il mondo stimate dall'OMS, la stragrande maggioranza è polimorbida ma non è altrettanto inabile al lavoro, tanto più per il fatto che già una singola patologia può, spesso, essere molto più invalidante ed infausta di un insieme eterogeneo di condizioni che non raggiungono la massima espressività in termini di complicità, ma mantengono una certa stabilità clinica. Inoltre, a dimostrazione di quanto

affermato, rimando alla mia annotazione SMR del 26.03.2019 (28.03.2019 - 0001 GED). Pertanto, le "attuali patologie, le prognosi e le rispettive influenze sulla capacità lavorativa" sono già state ampiamente, dettagliatamente e correttamente valutate in quella occasione. Rispetto all'osservazione di cui ai punti

E. 10

e

E. 11

del ricorso al TCA, si è già risposto all'inizio della presente trattazione a cui rimando. Rispetto ai punti

E. 12

,

E. 13

e

E. 14

si ribadisce che agli atti non è mai stato oggettivato il peggioramento dello stato clinico generale dell'assicurato negli ultimi due anni, come sostenuto, non essendo mai stata prodotta la documentazione medica plurispecialistica annunciata dal predecessore dell'Avv. RA 1. Quindi, si riafferma che il peggioramento attestato dalla Dr.ssa _____ non è supportato da alcuna oggettivazione diagnostico-strumentale-clinica specialistica che renda conto in modo rigoroso e scientifico del decorso clinico peggiorativo dell'assicurato negli ultimi due anni. Inoltre, ancora a proposito del "difficile controllo del diabete" che di per sé non costituisce nuova patologia, ma piuttosto, come già detto, comune osservazione nella pratica medica quotidiana, si fa notare che la collega _____ cita una difficile compliance, questo vuol dire che l'assicurato mostra una collaborazione inadeguata nella cura del suo diabete, laddove egli, invece, ha l'obbligo di ridurre il danno. Concludendo, non è tanto un'eventuale, particolare severità clinica del suo diabete a caratterizzare il difficile controllo dei livelli glicemici, quanto la sua scarsa adesione alle strategie terapeutiche. Rispetto al punto

E. 15

, l'annotazione SMR del 21.03.2019 dimostra ancora, che: 1. Non vi è prova, agli atti, di alcuna neuropatia né di un suo particolare impatto clinico; 2. L'OSAS, in quanto trattata con C-PAP, non ha alcuna ripercussione sugli aspetti funzionali dell'assicurato, benché, anche in questo caso, non risulta agli atti alcuna oggettivazione specialistica della suddetta condizione patologica; 3. Non vi è prova, agli atti, di una retinopatia diabetica complicata ma, soprattutto, non vi è prova di una regolare quanto irrinunciabile presa a carico specialistica, non vi è prova di determinati trattamenti terapeutici e relativi risultati, nonché di un'eventuale evoluzione della retinopatia in senso proliferativo o di altre complicanze. Secondo la certificazione più aggiornata del medico curante dell'Aprile 2019, la retinopatia risulta essere seguita fino al 2017 mentre la Dr.ssa med. _____, non fornisce alcuna ulteriore informazione al riguardo che deponga per un peggioramento di detta condizione. Per il resto, non posso che suggerire all'Avv. RA 1 una più attenta lettura dell'annotazione SMR del 21.03.2019 (pag. 5 e 6), dalla quale emerge nettamente che non è mai stata dimostrata agli atti una qualche compromissione dell'uso degli arti sia superiori che inferiori

dell'assicurato, né lo sviluppo di un piede diabetico. Rispetto al punto

E. 16

del ricorso al TCA, rimando alla mia risposta al punto 8 della presente trattazione. Non si può comunque non rilevare che, da una parte, il precedente rappresentante legale dell'assicurato, Avv. _____, annuncia una nuova, plurispecialistica e dirimente documentazione medica frutto di nuove visite, dall'altra, l'assicurato ora dichiara di non sapere a quali accertamenti il SMR si riferisce. Simile incongruenza si commenta da sola. Rispetto al punto

E. 17

, si risponde che la documentazione medica più recente ed attuale sullo stato clinico dell'assicurato è stata richiesta presso il suo medico curante, come presso il suo precedente rappresentante legale in modo formale quanto reiterato, e che il documento più recente fornito dal curante risale ad Aprile 2019. Tale documento non contiene alcuna novità rispetto alla restante, nota e già valutata documentazione medica. Del resto, se l'assicurato, il suo rappresentante legale ed il suo medico curante sostengono un peggioramento delle condizioni cliniche generali, sono tenuti essi stessi a dimostrarlo attraverso documentazione medica completa ed oggettivante. Non è possibile sostenere di aver subito un decadimento dello stato clinico generale, tale da impedire lo svolgimento di qualunque attività lavorativa, senza mai averlo dimostrato, ma per di più chiedendo all'Al di dimostrarlo. Infine, circa il ritiro della patente professionale dell'assicurato, si risponde che in rapporto alla professione di gessatore, i questionari del datore di lavoro disponibili agli atti non contemplano la necessità, durante le ore di lavoro, di spostarsi con il camion. Alla luce delle suesposte argomentazioni, si confermano integralmente tutte le mie precedenti prese di posizione sul caso. (...)" (V/1) Quanto all'ulteriore documentazione medica prodotta in sede ricorsuale (cfr. consid. 1.6 e 1.8), sempre il medico SMR dr. _____ nelle annotazioni 8 ottobre e 26 novembre 2019 (XVIII/1 e XXVI/1) si è così espresso: "(...) La documentazione medica pervenuta agli atti, allegata alla risposta dell'Avvocato RA 1 del 08.10.2019 (0001 - GED) e da ella portata come ulteriore mezzo di prova, è costituita unicamente da attestazioni di incapacità lavorativa completa da parte del medico curante, Dr.ssa med. _____, sprovvisti di qualsivoglia notizia clinica. Il medico curante, infatti, non scrive nulla sullo stato clinico dell'assicurato, ancora una volta non fornisce alcuna informazione di carattere medico che descriva sia pure sommariamente le condizioni di salute dell'assicurato o citi la patologia responsabile della sua incapacità lavorativa completa in ogni attività. In ambito medico-assicurativo, ogni certificato deve essere suffragato da irrinunciabili elementi clinici che almeno orientino verso la problematica responsabile di determinare l'incapacità lavorativa attestata. Ora, stando ai suddetti certificati, non si capisce la ragione medica imputabile di questa incapacità lavorativa completa e duratura. Se essa è stata determinata dal diabete mellito, come si potrebbe evincere dall'affermazione dell'Avv. RA 1 a pag. 2, capoverso 5, Il rigo, delle sue osservazioni del 03.10.2019, è davvero curioso che il medico curante non abbia, nemmeno questa volta, speso una sola parola su sintomatologia, segni clinici e dati di laboratorio, glicemia in primis (si ricorda a questo proposito che non è mai stato reso noto il profilo glicemico dell'assicurato, mai un solo risultato dell'emoglobina glicata, o HbA1c, esame di laboratorio che rispecchia le concentrazioni medie di glucosio nel sangue negli ultimi tre mesi). E non si tratta qui di indagini specialistiche, bensì routinarie e appannaggio del medico di base. Ribadisco, quindi, che nelle numerose attestazioni di incapacità lavorativa non vi è neppure il sostegno di un

solo valore della glicemia a digiuno e dell'emoglobina glicata , esami di laboratorio elementari ed abituali per ogni diabetico. In ogni caso, per giustificare un'incapacità lavorativa completa e duratura in ogni attività, specialmente nel caso di diabete mellito, occorrono degenze su degenze, accessi al Pronto Soccorso e complicanze inoppugnabili. Non è possibile dichiarare una compromissione dello stato clinico generale o un peggioramento clinico tali da giustificare un'incapacità lavorativa completa e duratura in assenza di tutto questo. A titolo di esempio, si pongono di seguito alcuni quesiti cui la documentazione medica prodotta finora avrebbe dovuto dare risposta chiara ed inequivocabile sin dall'inizio: - Quanti scompensi glico-metabolici ha avuto l'assicurato? - A quanti episodi di coma chetoacidotico è andato incontro l'assicurato? - A quanti episodi di coma iperosmolare è andato incontro l'assicurato? - Quanti ricoveri in reparto di Medicina Interna si sono resi necessari per compensare l'assicurato? - Quanti ricoveri in reparto di Chirurgia vascolare si sono resi necessari per il trattamento di complicanze macroangiopatiche? - Quante ulcere e/o necrosi a carico dei piedi (piede diabetico) ha sviluppato l'assicurato? - Quante infezioni, respiratorie e non, gravi ha avuto l'assicurato? - Quante rotture di microaneurismi retinici ha avuto l'assicurato? - L'assicurato ha mai sviluppato una nefropatia diabetica? Secondo gli atti prodotti, l'assicurato non ha mai avuto alcuno scompenso glico-metabolico (e non è mai stato ricoverato presso un reparto di Medicina Interna a causa di esso), alcun coma chetoacidotico o iperosmolare, alcun episodio convulsivo ipoglicemico, alcun intervento di chirurgia vascolare per macroangiopatia degli arti inferiori, alcuna ulcera e/o necrosi a carico dei piedi, alcuna infezione grave con sequele, alcuna emorragia retinica da rottura di microaneurismi, alcuna insufficienza renale da nefropatia diabetica, alcuno stroke, alcun IMA con compromissione della funzionalità ventricolare. Ancora una volta si pone l'accento sul fatto che un siffatto decorso clinico non sarebbe mai potuto sfuggire al medico curante che, pertanto, non avrebbe esitato a mettere a disposizione del SMR tutta la documentazione medica relativa. Siffatte considerazioni, riaffermano, qualora ce ne fosse ancora bisogno, che l'incapacità lavorativa attestata dal medico curante non trova alcuna giustificazione medica e non è avallabile. Come già affermavo nella precedente presa di posizione del 02.07.2019: [...] Inoltre, si conferma che sulla base degli atti medici prodotti non vi è alcuna ragione plausibile per richiedere un approfondimento diagnostico poiché da questi emerge chiaramente un quadro clinico generale non complicato che permette di definire correttamente gli aspetti funzionali dell'assicurato come già effettuato nel RAF SMR del 08.11.2018 [ndr. recte: 7 novembre 2018]. Si confermano integralmente tutte le precedenti prese di posizione SMR sul caso. (...) " (XVIII/1) " (...) A seguito di presa in visione della documentazione medica prodotta dall'Avv. RA 1, non si può che confermare ciò che è già stato definito in modo scrupoloso e corretto nel RAF SMR del 07.11.2018, e cioè che l'assicurato in oggetto rimane abile al 50% come riduzione combinata di tempo e rendimento nella sua professione abituale di gessatore da Aprile 2017, mentre è da considerarsi completamente abile in un'attività adeguata sempre a partire da Aprile 2017, come di seguito riportato: [riproduzione della tabella sub. doc. AI 172/545] Infatti, l'assicurato presenta sempre le patologie già note in assenza di progressione clinica e complicanze, come del resto certificato dalla curante, Dr.ssa med. _____, nella sua lista di diagnosi e terapia del 14.11.2019: [cfr. XXIV allegato doc. B/1] Ora, si ribadisce che l'assicurato non ha mai presentato alcuna novità diagnostica rispetto a quanto già valutato in ambito SMR dal 2017 in avanti. In particolare, l'assicurato esibisce: - una normale funzione ventricolare sinistra (FE 65%); Inoltre, per ciò che concerne il diabete

mellito, si precisa che la definizione di "sindrome metabolica, scompenso metabolico cronico", altro non vuol dire che dei valori di glicemia cronicamente elevati ma, tuttavia, in assenza di qualsivoglia complicanza acuta o cronica legata all'iperglicemia. Infatti, la collega _____, conferma quanto da me sostenuto da sempre: [cfr. XXIV allegato doc. B/1] Nessuna complicanza, quindi, nulla che possa giustificare un'incapacità lavorativa completa e duratura in ogni attività. L'assicurato è sì affetto da diabete mellito insulino-dipendente, ma è altrettanto vero che egli non si sottopone con regolarità ai controlli e non si attiene scrupolosamente alle necessarie restrizioni dietetiche per mantenere un profilo glicemico accettabile. L'assicurato, quindi, è un soggetto non compliant, come da sempre osservato, sottolineato e ribadito da parte mia. Ciononostante, l'assicurato, per sua fortuna, non ha mai sviluppato quelle severe complicanze che una condizione di iperglicemia cronica comporterebbe, ragion per cui l'impatto sugli aspetti funzionali e sull'autonomia è, nei fatti, ridotto al minimo. Circa la retinopatia di fondo si dirà più avanti. Per ciò che riguarda la sindrome delle apnee del sonno, si ribadisce ancora che questa non ha alcuna riverberazione sulla capacità lavorativa in quanto il trattamento con C-PAP garantisce una vita assolutamente normale ed evita le possibili ripercussioni cardio-cerebrovascolari della sindrome. Per quello che attiene alla terapia farmacologica prescritta, si ritiene necessario osservare quanto segue: - Sevikar è un farmaco antipertensivo che contiene due principi attivi: Amlodipina (Calcio-antagonista) e Olmesartan (Sartano). Tale associazione farmacologica è in grado di controllare la pressione arteriosa dell'assicurato. Invece, in situazioni cliniche ben più severe, si può arrivare ad utilizzare 5-6 farmaci senza, tuttavia, ottenere un controllo soddisfacente dei valori di PA. Questo per spiegare che l'ipertensione arteriosa dell'assicurato rappresenta; una forma clinica blanda; - Pantoprazol (principio attivo Pantoprazolo) è un farmaco comunemente prescritto per "proteggere" lo stomaco, troppo spesso senza alcuna indicazione specifica e senza aver prima eseguito una EGDS (Esofago-Gastro-Duodeno-Scopia). Nel caso dell'assicurato, la posologia di 40 mg al mattino è, in assenza di una gastropatia attiva documentata, sproporzionata per "proteggere" lo stomaco dall'eventuale gastrolesività dell'Aspirina Cardio da 100 mg; - Ecofenac (principio attivo Diclofenac) è un analgesico blando in crema (lipogel) da applicare localmente. Una siffatta terapia analgesica non può che deporre per una sintomatologia algica di scarsissimo rilievo clinico. I dolori importanti necessitano di strategie terapeutiche molto più serie di questa; - Rosuvastatin (principio attivo Rosuvastatina) è un farmaco che serve ad abbassare i livelli colesterolo plasmatico. Nel caso dell'assicurato, è risultato essere elevato solo un valore di colesterolemia totale negli ultimi due anni: 7.19 mmol/l del 31.08.2018 (valori normali 3.3 - 6 mmol/l). Il più recente valore di colesterolemia totale del 25.09.2019 è di 4.21 mmol/l. - Efient è un antiaggregante piastrinico impiegato per prevenire eventi trombotici coronarici, specie in pazienti portatori di stent. Tuttavia, dato che la durata del trattamento con Efient è di 15 mesi e l'assicurato è stato sottoposto a PTCA/stent in Aprile 2017, la prescrizione attuale del farmaco non è più indicata dal punto di vista cardiologico ed è quindi ingiustificata; - Aspirina Cardio è l'antiaggregante piastrinico per eccellenza, assunto da milioni e milioni di persone nel mondo, soprattutto con intento profilattico, l'unico antiaggregante che può essere assunto ad vitam. - Ryzodeg è un analogo dell'insulina umana; - Pioglitazone è un farmaco che aumenta la sensibilità all'insulina; - Janumet è un antidiabetico orale; - Contour next; Accu check AVIVA e NOVOFINE (IP) sono rispettivamente strisce reattive ed aghi per la somministrazione dell'insulina. In conclusione, nella suesposta lista farmaci non trovano indicazione

specifica: - Pantoprazol cpr 40 mg; - Ecofenac, vista l'assai limitata efficacia sulle algie; - Efiend, trascorsi ormai ben due anni e sette mesi dalla procedura di PTCA/stent. Il rapporto di visita oculistica del 25.07.2017 del Dr. med. _____ parla di un segmento anteriore dell'occhio senza particolarità di rilievo, di una pressione endoculare nella norma, di un visus di 0.8 bilateralmente senza correzione (per la marginale 8065 della CIGA, si parla di ipovisione solo con valori di 0.2, bilateralmente, con correzione e di una diminuzione del campo visivo di 10°) e di un' iniziale retinopatia diabetica. Il rapporto medico del Dr. med. _____, specialista ortopedico, del 17.09.2018 riporta, come già ricordato in una mia precedente presa di posizione, quanto segue: "Il paziente dichiara di essere assolutamente indolore e di avere solo una lieve astenia" . Si confermano pertanto integralmente tutte le precedenti prese di posizione sul caso a partire dal RAF SMR del 07.11.2018 alla data odierna. (...)" (XXVI/1) 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alle evenienze suesposte (cfr. consid. 2.5) e alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate medico SMR dr. _____. Va innanzitutto evidenziato come nessun medico, specialista e non, ha contestato in qualche modo le conclusioni a cui è giunto il dr. _____ e come l'insorgente si è limitato a chiedere l'esperimento di ulteriori accertamenti medici pluridisciplinari (cfr. consid. 1.4 e 1.8). Il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2018.151 del 3 luglio 2019, consid. 2.5 con ulteriori rinvii). In particolare, avuto riguardo all'asserita necessità di svolgere un accertamento medico pluridisciplinare – a prescindere dal fatto che le precise, esaurienti e dettagliate osservazioni del dr. _____ (cfr. consid. 2.5) (lo si ribadisce) non sono state in alcun modo contestate e visto che la stessa è rimasta semplice allegazione di parte ritenuto che nessun medico l'ha suffragata –, questo Tribunale può fare proprio quanto precisato dal medico SMR dr. _____ e meglio che "(...) l'affermazione per cui la valutazione della capacità lavorativa di un assicurato polimorbido non può prescindere da una perizia pluridisciplinare è priva di fondamento medico. (...)" (V/1). Quanto poi alla censura stante la quale "(...) addirittura il paziente non è nemmeno stato visitato dal medico fiduciario dell'assicurazione (...)" (I, punto 10, pag. 2), questo Tribunale rammenta che i servizi interni del SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (STF 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56 pag. 174; vedi anche STF 9C_787/2012

del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1 e 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2). Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.4), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – le valutazioni del medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.5) vanno confermate. In questo senso, nella misura in cui al punto 2 del petitum chiedesse l'esecuzione di una perizia giudiziaria (“(...) È ordinata una perizia pluridisciplinare volta ad accertare la capacità lavorativa dell'assicurato. (...)” (I, pag. 5)), la domanda va disattesa. Stante quanto precede va quindi confermata la valutazione del medico SMR dr. _____ che, nel rapporto finale SMR del 7 novembre 2018 (doc. AI 172/542-545), ha concluso per un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal gennaio 2017 mentre che, dall'aprile 2017, la capacità lavorativa è del 50% nell'attività abituale e del 100% in un'attività adeguata. Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al certificato medico del 16 gennaio 2020 nel quale il dr. _____, FMH in medicina interne e oncologia medica, conclude che “(...) considerata la solo recente presa a carico da parte mia, non posso dare un giudizio definitivo ma procederei ai necessari controlli nelle prossime settimane. (...)” (XXX/1). Infatti, il dr. _____ è intervenuto in un momento ampiamente posteriore alla decisione impugnata (22 maggio 2019) e nemmeno adduce (e tantomeno prova) che un peggioramento dello stato di salute dell'interessato sia subentrato prima della stessa. Va ricordato che secondo giurisprudenza la decisione contestata delimita, dal punto di vista temporale, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (fra le tante cfr. DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V consid. 1.2) e che l'eventuale peggioramento intercorso dopo la decisione qui impugnata potrà essere oggetto di un'eventuale nuova domanda di prestazioni. 2.7. Quanto alla valutazione economica questo Tribunale rileva quanto segue. 2.7.1. Per quel che concerne il reddito da valido l'Ufficio AI ha applicato i dati statistici, ciò che l'insorgente ha contestato (cfr. doc. AI 171/542, XVI e allegato doc A/6, vedi anche i consid. 1.4 e 1.5). Nel caso concreto l'assicurato ha perso il suo posto di lavoro presso la _____ per dei motivi estranei al danno alla salute. Infatti, nell'attestato del 20 marzo 2013 (doc. AI 19/38-44), il datore di lavoro, quale motivo della disdetta, ha addotto “(...) Leistung. Kündigungsverlängerung infolge Krankheit/Unfall um 6 Monaten (...)” (doc. AI 19/38, punto 2.2) e la rispettiva disdetta del 26 gennaio 2012 (doc. AI 19/45) è antecedente l'infortunio del marzo dello stesso anno. Non può pertanto essere seguito l'insorgente laddove, producendo le dichiarazioni fiscali per gli anni dal 2008 al 2011 (doc. A/6), pretende che “(...) il reddito da valido ipotetico preso in considerazione dall'AI non rispecchi la sua reale e concreta situazione. A sostegno della sua tesi, desidera trasmettere a questa Lodevole Autorità le dichiarazioni fiscali relative agli anni 2008-2011 (doc. 6) dai quali si evince il salario da valido che l'assicurato percepiva prima di iniziare a presentare i problemi di salute attestati nel voluminoso incarto AI. Detto salario si aggirava attorno ai fr. 100'000.- annui. (...)” (XVI, pag. 3). Inoltre, come risulta – sulla base della perizia

pluridisciplinare 22 gennaio 2014 del _____ (doc. AI 49/104-138) – dalla decisione
cresciuta incontestata in giudicato del

E. 22

maggio 2019 . Ne segue che la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va
respinta.

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