

# TI\_GERICHTE 32.2024.79 vom 17. September 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-09-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2024.79](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.79)

FR: TI\_GERICHTE 32.2024.79 du 17 septembre 2024

IT: TI\_GERICHTE 32.2024.79 del 17 settembre 2024

## Erwägungen

### E. 1

Diagnosi? Keine Diagnose auf neurologischem Fachgebiet.

### E. 2

L'infortunio ha ancora conseguenze strutturali oggettivabili? Nella negativa PF da motivare  
Auf neurologischem Fachgebiet liegt keine strukturell-nervale Schädigung vor.

### E. 2.8

Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1. 2.9. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). 2.10. Nella fattispecie, dalla documentazione agli atti risulta che il ricorrente, nato il \_\_\_\_\_ 1974 – sposato, con moglie e due figlie (nate nel 1998 e 2000) residenti in Italia – non percepisce né rendite, né prestazioni complementari ed ha una domanda in corso di prestazioni della pubblica assistenza (così come risulta dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria, vidimata dall'agenzia comunale AVS di \_\_\_\_\_, cfr. doc. VI). L'assicurato non ha dichiarato di possedere risparmi (cfr. certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria). Tenuto conto dei dati che risultano dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria, vidimata dall'agenzia comunale AVS di \_\_\_\_\_, l'assicurato deve quindi essere considerato indigente. Visto che anche le altre due condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla

concessione dell'assistenza giudiziaria va accolta riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse più tardi migliorare (cfr. STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6 ; cfr. anche art. 6 cpv. 1 Lag ).

### **E. 3**

In caso affermativo: è ancora possibile ottenere un miglioramento dello stato di salute, con il grado della verosimiglianza preponderante, adottando ulteriori provvedimenti terapeutici? Entfällt.

### **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, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). In una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 consid. 4.4 e consid. 4.7, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi

ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399 ) 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). 2.6. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata del 17 settembre 2024, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni dell'Ufficio AI. Il medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, dopo aver esaminato l'intera documentazione prodotta dall'insorgente ed acquisita dall'assicuratore contro gli infortuni, ha giustamente stabilito che l'interessato, totalmente inabile dal 17 novembre 2021 a causa dell'infortunio subito al piede destro, dal 29 settembre 2023 è invece completamente abile al lavoro in qualsiasi attività. La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, per giungere a tale conclusione, si è fondata segnatamente sugli atti medici presenti nell'incarto della \_\_\_\_\_ che contengono una serie di esami medici effettuati sul ricorrente al fine di stabilire l'origine del dolore da lui risentito al piede destro e che è stato oggetto di numerose ipotesi via via smentite nel corso degli accertamenti eseguiti da numerosi specialisti in ambito reumatologico, ortopedico e neurologico. Questo Tribunale non ignora che la \_\_\_\_\_ si è sostanzialmente focalizzata sull'eventuale presenza di un nesso causale tra l'infortunio subito ed il dolore al piede destro e che il medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, ha ritenuto quale data per stabilire il miglioramento dello stato di salute del ricorrente il referto del 18 settembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_, medico interno alla \_\_\_\_\_, il quale ha sua volta considerato l'assicurato abile al 100% nella propria attività " da un punto di vista ortopedico e puramente infortunistico ". Tuttavia per i motivi che seguono, ed ampiamente descritti anche dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nella presa di posizione del 12 novembre 2024 (doc. IV/1), confermata il 17 dicembre 2024 (doc. IX/1), prodotta dall'Ufficio AI nelle more processuali, occorre concludere che anche dal lato extrainfortunistico l'assicurato è da considerare completamente abile al lavoro da fine settembre 2023. Come già rilevato da questo Tribunale nella STCA 35.2023.110 del 3 giugno 2024, il PD dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, medico interno della \_\_\_\_\_, nella valutazione neurologica del 18 luglio 2023 ha, in maniera chiara e convincente, indicato le ragioni per le quali, contrariamente a quanto supposto dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, si possa escludere che siano dati i criteri per porre la diagnosi di CRPS (" [...] Dort wurde nun erstmals die mögliche Diagnose eines CRPS geäußert, dies jedoch ohne entsprechende Budapest-Zeichen (ohne Hautverfärbung, ohne Ödem, ohne Asymmetrie im Trophismus, ohne Temperaturunterschiede und ohne Asymmetrie der Schweissneigung bei isolierter

Allodynieangabe auf Pinprick). Die auf diese Weise gestellte Verdachtsdiagnose eines CRPS ist nicht gültig bei negativen objektivierbaren Budapest-Zeichen, auch gemäss der Untersuchungsergebnisse von unfallchirurgischer Seite vom 20.02.2023 [...] ”). Alla medesima conclusione è del resto giunto anche il dr. med. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione del 20 maggio 2023 ( “ [...] Attualmente non abbiamo una sindrome CRPS e anche la frattura appare ben consolidata [...] ”). Questo Tribunale, nella citata sentenza, ha pure condiviso la spiegazione fornita dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ in relazione all’esclusione, quale origine dei disturbi del ricorrente, della diagnosi di sospetta nevralgia nel territorio del nervo peroneo superficiale, prospettata dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel referto del 10 giugno 2023 ( “ [...] riteniamo piuttosto probabile la presenza di una nevralgia lungo il territorio del nervo peroneo superficiale [...] ”). Il neurologo ha precisato che tale conclusione appare poco convincente alla luce dell’esito dell’ENMG del 22 dicembre 2022 della Prof. dr.ssa med. \_\_\_\_\_, capoclinica presso la \_\_\_\_\_ ( “ [...] Mit Hinweis auf die negative neurologische Diagnostik einschliesslich Elektrophysiologie der neurologischen Abteilung des \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 22.12.2022 ohne ausweisbare objektivierbare nervale Verletzung, konnte die Verdachtsdiagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms nicht bestätigt werden [...] ”). Per quanto concerne invece la presenza di un neuroma di Morton post-traumatico, ipotesi sollevata dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ e che il PD dr. med. \_\_\_\_\_ ha in ogni caso precisato non poter essere ricondotto secondo probabilità preponderante all’infortunio, va rilevato che dai referti del 1° febbraio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in ortopedia e traumatologia e del 26 febbraio 2024 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano e in chirurgia ortopedica e traumatologia, non sia stato oggettivato alcun neuroma. Il 1° febbraio 2024 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha accertato che “ la risonanza magnetica di maggio 2022 non menziona la possibilità di un neuroma che il paziente mi riferisce essere stato identificato con un controllo ecografico ”. Tuttavia dal successivo esame ecografico del 26 febbraio 2024 eseguito dal dr. med. \_\_\_\_\_, risulta che durante “ l’esplorazione non è possibile identificare alcun tipo di neurinoma o neuroma. Anche longitudinalmente non è possibile identificare alcun tipo di neoformazione nervosa o cistica sottocutanea ”. Anche la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, neurologa, dopo un attento esame dello stato di salute del ricorrente del 9 gennaio 2024, completata tramite una radiografia del piede destro il 17 gennaio 2024, ha affermato che “ dal punto di vista neurologico non indico ulteriori accertamenti o terapie ”. Ella ha ritenuto “ utile piuttosto un’ulteriore visita ortopedica presso ambulatorio specializzato sul piede .” Come visto, però, l’esame presso il dr. med. \_\_\_\_\_ non ha dato un esito diverso. Vero che piccoli neuromi di Morton nello spazio II-III e III-IV erano stati rilevati con la RM del 5 dicembre 2022 dal dr. med. \_\_\_\_\_. Il medesimo ha tuttavia contestualmente affermato che “ al momento non credo che la sintomatologia sia dovuta ai neuromi di Morton ” (pag. 676) ed il 18 luglio 2023 il PD dr. med. \_\_\_\_\_, ha escluso questa possibilità: “ Eine sogenannte Morton-Metatarsalgie oder auch Morton-Neurom genannt auf dem Boden einer Bindegewebsveränderung (perineurale Fibrose im Fussbereich) wird jedoch nicht im unfallkausalen Zusammenhang, sondern dem Tragen von zu engen Schuhen oder degenerativ bei Spreizfuss zugeordnet und stellt von daher ein Kompressionssyndrom eines Endastes des N. tibialis dar, mit einer jedoch auch anderen Klinik einer rein belastungsabhängigen Neuralgie mit allfälliger Taubheit im Fusssohlenbereich [1]. Weder ist hierfür aber die Klinik vorliegend typisch , noch ist ein überwiegend wahrscheinlich unfallkausaler Zusammenhang gegeben von neurologischer Seite [1] ” (sottolineatura del redattore). Va pure rammentato che con

valutazione del 12 settembre 2023, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha condiviso le conclusioni del PD dr. \_\_\_\_\_, ponendo in evidenza la circostanza che la frattura al piede destro appaia consolidata ormai da tempo. Ciò, del resto, risulta anche dal referto dell'8 giugno 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, interpellato per una seconda opinione, il quale, sulla base della RMN del 30 maggio 2022, ha rilevato come la frattura al piede destro fosse “ ormai consolidata con un callo osseo completo ipertrofico e senza disassamenti significativi e senza elementi di neuroma ”. I referti prodotti dal ricorrente in sede di ricorso, già agli atti ed esaminati sia nell'ambito della procedura dell'assicurazione contro gli infortuni che della procedura in ambito AI, non apportano elementi di novità. Il rapporto del 28 novembre 2022 del dr. med. \_\_\_\_\_ si riferisce ad un periodo durante il quale l'assicurato era completamente inabile al lavoro e non modifica di conseguenza l'esito della valutazione della sua capacità lavorativa. Anche perché, come visto, a diagnosi di sospetta nevralgia nel territorio del nervo peroneo superficiale da lui prospettata nel referto del 10 giugno 2023 è stata ritenuta poco convincente dal PD dr. med. \_\_\_\_\_ sulla base dell'ENMG del 22 dicembre 2022 della Prof. dr.ssa med. \_\_\_\_\_, capoclinica presso la \_\_\_\_\_. L'attestato della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, di cui si è già detto in precedenza, si esaurisce nella constatazione del noto dolore al piede destro ma non apporta spiegazioni mediche oggettive in merito alla sua origine. La specialista non si esprime inoltre circa la capacità lavorativa dell'interessato, ma evidenzia come malgrado la riduzione del medicamento pregabalin da 300 mg a 150 mg, il dolore non sia aumentato ma è rimasto stabile. L'assunzione di un medicamento (in concreto: pregabalin), non implica ancora la presenza di un'invalidità. Determinante è semmai l'incidenza dell'eventuale patologia sulla capacità lavorativa della persona assicurata. Alla luce della documentazione medica agli atti e di quella prodotta dal ricorrente, non vi è pertanto motivo per scostarsi dalle conclusioni del medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Come approfonditamente motivato nell'annotazione del 12 novembre 2024, in seguito all'infortunio del 10 novembre 2021 era stata posta la diagnosi di frattura del II metatarso del piede destro. Il dr. med. \_\_\_\_\_ con il sostegno radiologico, oggettivo, della radiografia del 24 marzo 2022, giudicava l'assicurato guarito dal punto di vista ortopedico traumatologico e lo invitava a consultare i terapeuti del dolore per valutare se ci fosse una componente neuronale che potesse spiegare il dolore che egli riferiva di accusare (pag. 477). L'assicurato si è recato al Centro \_\_\_\_\_, medico di riferimento Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, e veniva preso in carico con le ipotesi diagnostiche di CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) e dolore neuropatico, che, come visto, non sono state confermate in assenza dei criteri diagnostici di Budapest, rispettivamente in assenza di rilievi ENMG. L'insorgente ha chiesto un secondo parere al dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia ortopedica e traumatologica presso la Clinica \_\_\_\_\_, che lo ha visitato in due occasioni (il 20 maggio 2022 [pag. 556-558] e l'8 giugno 2022 [pag. 587-588]) e per il quale “ gli elementi ortopedici attualmente a disposizione sulla frattura, ormai consolidata, non portano a dare spiegazioni eziologiche degli ampi disturbi e superficiali manifestati dal paziente ” (pag. 561) e che “Unico elemento compatibile con lo stato dopo frattura è un leggero edema osseo, per il quale consiglio un trattamento con calcio e vitamina D3 per 2 mesi” (pag. 587). L'insorgente ha poi chiesto un ulteriore parere al dr. med. \_\_\_\_\_ e la risonanza magnetica del 5 dicembre 2022 mostrava una fisiologica regressione dell'edema osseo midollare in esiti della frattura e con un buon callo osseo. Si notavano anche dei piccoli neuromi di Morton nello spazio II-III e III-IV ai quali non veniva imputata la sintomatologia descritta

dall'assicurato (pag. 676). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha visto ancora l'assicurato il 23 gennaio 2023 (pag. 696) ed il 1° marzo 2023 (pag. 733). \_\_\_\_\_ Il 16 marzo 2023 la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato come l'insorgente presentasse una “ cute integra, ipercheratosi bordo laterale, non edema, non asimmetria di trofismo, non asimmetria di temperatura, non asimmetria di sudorazione ” (pag. 740), il dr. med. \_\_\_\_\_ il 20 maggio 2023 ha rilevato: “ diametro massimo dei polpacci 40 cm bilaterale, diametro della gamba misurato 10 cm prossimale dello spazio articolare mediale del ginocchio 52 cm bilaterale ”, e che “ non ho segni per una malattia reumatologica infiammatoria ” (pag. 799) ed il dr. med. \_\_\_\_\_ il 10 giugno 2023 ha accertato che “ all'ispezione il piede appare normo.conformato ” (pag. 812). Anche la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ il 9 gennaio 2024 ha rilevato un “ trofismo conservato ai 4 arti ” e “ riflessi normovalidi e simmetrici ai 4 arti ” (doc. C). Come evidenzia la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il trofismo di un arto è un segno medico clinico ed è misurabile con l'uso di un metro a nastro, misurandone la circonferenza. Nel caso in cui un soggetto ricorra all'uso costante, per mesi, di una stampella, ci si attenderebbe di trovare una fisiopatologica asimmetria di trofismo, con un trofismo (e quindi una circonferenza minore) misurata all'arto a cui viene sgravato il carico. Quanto accertato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ è un segno medico di nessuno dei due arti inferiori esente da carico e di nessuno dei due arti superiori particolarmente sollecitato rispetto al controlaterale. Nel caso di un soggetto che deambuli da circa tre anni usando una stampella per impossibilità a caricare su uno dei due arti inferiori, ci si attenderebbe di trovare trofismo ridotto (rispetto al controlaterale) a carico dell'arto inferiore impossibilitato all'appoggio ed un trofismo aumentato (rispetto al controlaterale), a carico dell'arto superiore sovraccaricato dall'uso della stampella. Il trofismo degli arti e la simmetria (o eventuale asimmetria) è un dato medico oggettivo e misurabile con le circonferenze (cfr. doc. IV/1, pag. 6). Neppure le numerose indagini esperite per stabilire l'origine del dolore lamentato dall'assicurato (scintigrafia ossea trifasica, eco-color doppler arterioso e venoso degli arti inferiori ed una densitometria ossea) hanno permesso di oggettivare quanto descritto dall'insorgente. La scintigrafia ossea trifasica (del 14 marzo 2023, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ [pag. 736]) e l'eco-color doppler arterioso e venoso degli arti inferiori (del 3 maggio 2023 del PD dr. med. \_\_\_\_\_ [pag. 774]) hanno mostrato esiti nei limiti di norma, con un sospetto neuroma posttraumatico (dr. med. \_\_\_\_\_), poi non confermato (cfr. dr. med. \_\_\_\_\_), mentre la densitometria ossea (dell'11 maggio 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_ [pag. 791]) un'osteopenia con scarso impatto clinico. Ora, come rilevato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il dolore così descritto può manifestarsi solo in presenza di una condizione organica, anatomica, osservabile clinicamente e/o con esami strumentali, e oggettivamente misurabile. Eseguiti gli accertamenti del caso, le diagnosi cui si è giunti ed il quadro medico che si è oggettivamente delineato, non sono oggettivamente emerse lesioni anatomiche del sistema osteoarticolare o disturbi funzionali del sistema nervoso che possano essere causa o mediatori, conduttori, del sintomo dolore lamentato dall'assicurato. A questo proposito va rammentato che secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è tanto importante la diagnosi quanto le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 9C\_572/2023 del 18 giugno 2024 = SVR 2024 IV 46; STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). In concreto, l

'insorgente è stato sottoposto a numerose visite e accertamenti specialistici, in ambito ortopedico, neurologico, radiologico, reumatologico e di terapia del dolore, dai quali non sono emersi elementi clinici oggettivi atti a far ritenere che il ricorrente sia affetto da una patologia con influenza sulla sua capacità lavorativa. Del resto il medico SMR evidenzia come vi sia una congruenza tra il tipo di infortunio descritto dall'assicurato, ed il successivo decorso, fisiologico e favorevole, con guarigione ortopedica dichiarata in marzo 2022, ed i numerosi accertamenti e segni medici, clinici e strumentali (presenti nell'incarto), condotti da esperti specialisti di diversi ambiti (ortopedia, radiologia, neurologia, terapia del dolore, reumatologia). In particolare va ribadita la simmetria degli arti, rilevata da numerosi specialisti, " segno medico, questo, di nessuno dei due arti inferiori esente da carico e di nessuno dei due arti superiori particolarmente sollecitato rispetto al controlaterale " (doc. IX/1). Le valutazioni del medico SMR, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, vanno pertanto confermate. Le censure del ricorrente secondo cui il rapporto finale dell'SMR del 18 giugno 2024 presenterebbe delle gravi lacune poiché non è stato contattato il medico curante, alla pagina 2, nr. 3.1 " limitazioni funzionali " non è stata presa alcuna posizione, non è stato compilato il n. 3.2 " ulteriori limiti e/o risorse " e come documento di riferimento è stato preso solo l'apprezzamento del 19 settembre 2023 relativo alla visita medica del 12 settembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_ FMH chirurgia per la \_\_\_\_\_, non possono essere accolte. Per quanto concerne l'assenza di contatto con il medico curante, va ribadito che la documentazione agli atti è già sufficiente per decidere circa la capacità lavorativa del ricorrente senza la necessità di effettuare ulteriori accertamenti. Inoltre il medico SMR non aveva motivo di compilare i punti 3.1 e 3.2 del rapporto finale ritenuto come l'insorgente è stato considerato completamente abile, come in precedenza, in qualsiasi attività lavorativa, compresa quella precedentemente esercitata. Inoltre, va evidenziato come la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 12 novembre 2024, sui cui l'insorgente ha potuto esprimersi, ha approfonditamente ed in maniera motivata indicato le ragioni alla base della sua valutazione che non si fonda solo sul referto del 19 settembre 2023 del dr. med. \_\_\_\_\_. Circa il medico SMR va rammentato che per l'art. 49 cpv. 1 OAI i servizi medici regionali (SMR) valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Secondo l'art. 49 cpv. 1 bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022 nello stabilire la capacità funzionale (art. 54a cpv. 3 LAI) va considerata e motivata la capacità al lavoro attestata a livello medico nell'attività precedentemente svolta e nelle attività adattate, tenendo conto di tutte le risorse fisiche, psichiche e mentali, nonché delle limitazioni, in termini qualitativi e quantitativi. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. I servizi interni dell'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. L'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 (sentenza 9C\_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza

9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). U na valutazione sulla base dei soli atti medici (“ Aktengutachten ”) senza visitare l’assicurato, esplica validamente i suoi effetti se, come nel caso di specie, si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C\_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C\_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C\_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). In concreto non vi è pertanto stata alcuna violazione da parte dell’Ufficio AI del principio inquisitorio ed in particolare dell’art. 43 LPGa. A questo proposito, in DTF 145 V 90, al consid. 3.2 il Tribunale federale ha ribadito che nell’ambito delle assicurazioni sociali la procedura è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti devono essere accertato d’ufficio dall’autorità (art. 43 LPGa). Tuttavia, questa regola non è assoluta. La sua portata è limitata dall’obbligo delle parti di collaborare. Ciò implica l’obbligo per la parte di produrre, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto, le prove atte a comprovare i fatti invocati, ritenuto che in caso contrario l’assicurato deve sopportare le conseguenze dell’assenza di prove. In concreto, l’insorgente non ha prodotto alcuna documentazione medica atta a mettere in dubbio quanto accertato dal medico SMR. Egli, pur invocando la possibile presenza di una patologia psicosomatica, non ha neppure allegato alcun certificato medico in merito, neppure di natura psichiatrica. In queste condizioni non vi è alcun motivo per procedere con ulteriori accertamenti e segnatamente con l’allestimento di una perizia pluridisciplinare come auspicato dal ricorrente. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca l’amministrazione o il giudice, in base a 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C\_779/2020 del 7 maggio 2021 consid. 5.2.; STF 8C\_611/2019 dell’11 maggio 2020 consid. 5.2.; STF 8C\_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C\_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C\_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C\_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C\_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C\_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). 2.7. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, accertato che il ricorrente è completamente abile al lavoro in qualsiasi attività, compresa quella precedente, dalla fine del mese di settembre 2023, in maniera duratura e stabile, dal 1° ottobre 2023 non ha più diritto alla rendita d’invalidità. Infatti, per l’art. 88a cpv. 1 OAI se la capacità al guadagno dell’assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto all’invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e presumibilmente continuerà a durare (su questo aspetto cfr. STF 9C\_83/2018 del 16 luglio 2018, consid. 4.2: “ In caso di modifica della capacità di guadagno, la rendita deve essere soppressa o ridotta con effetto immediato se la modifica appare duratura e di conseguenza stabile (art. 88a cpv. 1 prima frase OAI); si dovrà per

contro attendere tre mesi nel caso in cui la natura evolutiva del danno alla salute, segnatamente la possibilità di un peggioramento, non permettesse un giudizio immediato (art. 88a cpv. 1 seconda frase OAI). In generale, per determinare se la rendita d'invalidità debba essere ridotta o soppressa immediatamente o dopo tre mesi, occorre esaminare per il futuro se il miglioramento della capacità di guadagno possa essere considerato come duraturo (cfr. sentenza 9C\_78/2018 del 26 giugno 2018 consid.

#### **E. 4.1**

con riferimenti).” ; per un caso in cui, invece, la soppressione è avvenuta dopo tre mesi [assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività e, dopo un determinato periodo, completamente abile al lavoro in attività adatte con numerose limitazioni: STCA 32.2021.10 del 22 marzo 2021 {ricorso al Tribunale federale dichiarato irricevibile: STF 9C\_264/2021 del 6 luglio 2021}]). Stabilito che l'insorgente può riprendere la sua precedente attività senza alcuna restrizione e/o limitazione, che non ha ancora raggiunto i 55 anni e che la rendita non gli è stata versata per almeno 15 anni, non deve essere esaminato se ha diritto a misure di reintegrazione, potendosi autointegrare sul mercato del lavoro equilibrato (sul tema cfr. STCA 32.2023.121 del 6 maggio 2024, consid. 2.9 con rinvio alle DTF 141 V 5, DTF 145 V 209, DTF 148 V 321, STF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 9C\_128/2013 del 4 novembre 2013, 9C\_152/2013 del 3 settembre 2013, 9C\_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C\_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C\_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti) .

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