

TI_GERICHTE 32.2002.133 vom 20. September 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-09-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.133

FR: TI_GERICHTE 32.2002.133 du 20 septembre 2002

IT: TI_GERICHTE 32.2002.133 del 20 settembre 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.05.2003 32.2002.133 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.05.2003 32.2002.133 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 07.05.2003 32.2002.133

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 32.2002.133 RG /sc Lugano 7 maggio 2003 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi statuendo sul ricorso del 2 ottobre 2002 di _____ rappr. da: _____ contro la decisione del 20 settembre 2002 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, nato nel 1951, portiere di notte, il 23 febbraio 2001 essa ha presentato una richiesta di prestazioni AI per adulti tendente all'ottenimento di una rendita (doc. AI _). Un'analoga precedente richiesta inoltrata il 31 maggio 2000 era stata respinta dall'Ufficio AI in quanto prematura non essendo all'epoca ancora trascorso l'anno di attesa giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (doc. AI _). Esperiti gli accertamenti del caso, segnatamente una perizia psichiatrica e una perizia cardiologica, con progetto di decisione 9 luglio 2002 l'Ufficio AI, richiamate le norme legali applicabili al caso di specie (segnatamente l'art. 28 LAI), ha respinto la domanda di prestazioni del 23 febbraio 2001 per i seguenti motivi: " (...) In considerazione degli atti medici specialistici acquisiti all'incarto risulta che il danno alla salute di cui lei è portatore, non comporta alcuna incapacità lavorativa al lavoro. L'attività lavorativa abituale può essere svolta in misura completa. Pertanto, la sua domanda di prestazioni è respinta. Le abbiamo presentato un progetto di decisione. Prima di notificare una decisione munita dei mezzi di diritto, le diamo la possibilità di presentare, entro due settimane, per iscritto o verbalmente, le sue eventuali osservazioni o di richiedere ulteriori spiegazioni. È anche possibile fissare un incontro, previo appuntamento." (Doc. AI _) Con scritti 2 e 24 agosto 2002 l'interessato, producendo un certificato del medico curante, ha contestato la proposta di decisione (doc. AI _). Ritenute tali osservazioni ininfluenti, con provvedimento formale 10 settembre 2002 l'amministrazione ha confermato il progetto di decisione respingendo quindi la richiesta di prestazioni (doc. AI _). 1.2. Rappresentato dal _____, l'assicurato ha tempestivamente contestato la decisione amministrativa, postulando l'annullamento della stessa ed il riconoscimento di una rendita d'invalidità. Dopo aver preso visione, in sede ricorsuale, dell'incarto AI, l'assicurato ha evidenziato i seguenti punti di contestazione: " (...) FATTI L'istante, in data 23/2/2000, presenta domanda di prestazioni AI; (DOC _). Il dottor _____, insigne cardiologo, dichiara una inabilità lavorativa per ischemia

cardiaca al cinquanta per cento; (DOC _). Il datore di lavoro, in data 28/9/01, dichiara che PA, a causa di malattia, lavora al cinquanta per cento; (DOC _). Lo stesso medico fiduciario dichiara il bisogno di una perizia psichiatrica; (DOC _). Il medico fiduciario AI, dottor _____, stila una perizia completamente sfavorevole all'A; (DOC _). Forte della sopradescritta perizia il segretario AI, senza tener conto assolutamente da quanto dichiarato dal dottor _____, esclude qualsiasi riqualifica; (DOC _). La dottoressa _____, psichiatra in _____, afferma che FA presenta uno stato invalidante al cinquanta per cento; (DOC _). Nonostante le patologie elencate l'A. si vedeva respingere la richiesta di prestazioni; (DOC _). CONSIDERANDI Tenuto conto che l'A. è portatore di patologia psichiatrica e cardiaca non si capisce come la Convenuta abbia voluto esclusivamente prendere in considerazione il concetto medico-teorico e non già medico-economico. Pur facendo empatia massima con i periti della Convenuta come un portatore di deficit psico-fisici possa tranquillamente lavorare per cinque notti consecutive." (Doc. _) 1.3. Con risposta di causa 21 ottobre 2002 l'Ufficio AI ha postulato la reiezione del gravame, osservando: " L'assicurato, impiegato quale portiere d'albergo, ha avanzato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita. In corso di istruttoria l'interessato è stato sottoposto ad una perizia psichiatrica, effettuata dal dottor _____ nel mese di gennaio del corrente anno (doc. n. _ inc. AI), e ad una perizia cardiologica, eseguita dal dottor _____ nel mese di maggio, sempre del 2002 (doc. n. _ inc. AI). Entrambi i periti hanno giudicato che l'assicurato potrebbe svolgere a tempo pieno la propria attività di portiere. Con decisione 20 settembre 2002 la richiesta di prestazioni assicurative è pertanto stata respinta. L'assicurato ha prontamente contestato la suddetta presa di posizione. Riesaminato il caso lo scrivente Ufficio si limita a chiedere la reiezione del gravame e la conseguente conferma della decisione in oggetto, non offrendo i chiari esiti istruttori il minimo spunto di critica." (Doc. _) in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se _____ ha diritto all'erogazione di una rendita AI. 2.3. Con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1), la quale ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito dell'assicurazione per l'invalidità, Tale legge non è tuttavia applicabile alla fattispecie concreta, poiché, secondo la giurisprudenza del TFA, il giudice delle assicurazioni sociali non tiene conto di modifiche legislative e di fatto verificatesi dopo il momento determinante della resa del provvedimento amministrativo impugnato (STFA non pubblicata del 9 gennaio 2003 nella causa A.A., P76/01; DTF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Ne consegue che, essendo stato il provvedimento qui impugnato reso il 20 settembre 2002, gli articoli di seguito citati della LAI e dell'OAI corrispondono al tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi

fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Affinché il caso possa essere sottoposto all'AI, occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno (Scartazzini , Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991. pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %.

2.5. Va altresì rilevato che, secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 pag. 182 consid. 3, 1990 pag. 543 consid. 2; Valterio , Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, pag. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (art. 28 cpv. 2 LAI). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; Scartazzini , op. cit, pag. 232; Cattaneo , Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, tesi Ginevra 1991, pag. 316ss. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza ivi citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a; DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.6. Alla luce della refertazione medica acquisita agli atti AI a seguito della richiesta di prestazioni ed attestante l'esistenza di affezioni psichiche e cardiologiche, al fine di accertare l'effettivo stato di salute dell'assicurato, nonché le eventuali conseguenze sulla sua capacità lavorativa, l'Ufficio AI ha incaricato il dr. _____ dell'Organizzazione sociopsichiatrica _____ di esperire una perizia psichiatrica, mentre ha affidato al dr. _____ l'incarico di peritare l'assicurato dal profilo cardiologico. Per quanto riguarda l'aspetto psichico, dopo aver esposto una dettagliata anamnesi e proceduto ad una completa valutazione psichiatrica, con rapporto 16 gennaio 2002 il dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, posta la diagnosi di " sindrome mista ansiosa-depressiva (ICD 10:F 41.2) di lieve entità ", precisando come tale diagnosi non comporti una limitazione della capacità lavorativa, ha osservato: " (...) 5. Valutazione e prognosi Si tratta di un paz. che non è mai stato in cura psichiatrica e che nel 1993 ha subito un'operazione con la posa di cinque by-pass il cui decorso post-operatorio è stato segnato da dolori toracali persistenti

tuttora. Tutte le visite cardiologiche post-operative sono sempre state soddisfacenti e il paz., dopo un'interruzione del lavoro per alcuni mesi, nel 1993, ha continuato a lavorare regolarmente a tempo pieno fino al mese di febbraio del 2000. Dal marzo del 2000 lavora al 50% sempre come portiere di notte, con piena soddisfazione della Direzione dell'albergo. Non sembra esserci stato un franco peggioramento della sintomatologia dolorifica e neppure degli eventi ambientali o psicologici particolari che in qualche modo possono essere ricollegati alla diminuzione della capacità lavorativa. Da un punto di vista cardiaco, gli è stata attestata un'incapacità al 50% per i dolori toracali che lo disturbano durante tutta la giornata. E' una persona attiva che pratica regolarmente la bicicletta e altre attività fisiche (sci di fondo, camminare) che ha saputo mantenere una buona rete di contatti sociali. Non sono neppure riscontrabili preoccupazioni o problemi a livello familiare. Da un punto di vista psichiatrico, abbiamo evidenziato una sindrome ansiosa-depressiva di lieve entità, senza sintomi biologici. Questa sintomatologia non comporta, da un punto di vista psichiatrico, una limitazione della capacità lavorativa. Per quanto concerne la diagnosi differenziale, non ci sono le condizioni e i sintomi clinicamente significativi per un disturbo dell'adattamento, considerato che l'evento stressante risale a molti anni fa (1993) e che il paz. è riuscito a mantenere intatta la sua capacità lavorativa totale, fino all'inizio del 2000. Il decorso, a livello soggettivo, ha segnato, secondo lo stesso paziente, un certo ricupero e l'acquisizione di un migliore adattamento ("ho imparato a convivere con il dolore"). Anche un disturbo di somatizzazione (F 45.0) non entra in considerazione perchè i sintomi dolorosi non sono riferiti a localizzazioni diffuse ma sono essenzialmente centrati al torace. Non abbiamo del resto notato delle lamentele riguardanti problemi intestinali. Non sono neppure presenti sintomi sessuali, come indifferenza, disfunzioni dell'erezione o altro. Ricordo infine che un disturbo di somatizzazione è praticamente sempre accompagnato da un sintomo pseudo-neurologico, non limitato al dolore, che fa pensare a dei sintomi di conversione. Occorre infine precisare che il disturbo psicosomatico è una categoria non più utilizzata nell'ICD 10 e che comunque la sintomatologia presentata dal paz. ha poche somiglianze con i disturbi psicosomatici classicamente definiti. Può infine entrare in considerazione un cosiddetto disturbo algico (F 45. 4) ma non abbiamo evidenziato alcun fattore psicologico che abbia avuto un ruolo nell'esordio e nel mantenimento del dolore. Da un punto di vista psichiatrico l'entità di tale disturbo non è tuttavia tale da giustificare una limitazione della capacità lavorativa, considerato anche che il paz. non presenta disturbi di personalità o altri sintomi nevrotici di rilevanza clinica. (...)" (Doc. AI _, pag. 5-6) In merito alle conseguenze sulla capacità lavorativa e di integrazione, il perito ha inoltre precisato: " (...) B. Conseguenze sulla capacità di lavoro Da un punto di vista psichiatrico non abbiamo rilevato delle menomazioni qualitative e quantitative tali da giustificare una limitazione della capacità lavorativa che tuttavia, dal punto di vista cardiologico, è stata giudicata ridotta al 50% (rapporto prof. _____ del 6.10.2000). E' pertanto esigibile, a livello psicologico e mentale, un'attività al 100% nella professione abituale di portiere di notte. Il paz. è un collaboratore apprezzato e stimato e compie tuttora, anche nel tempo libero, delle regolari attività fisiche. Non manifesta preoccupazioni ipocondriache, ha una rete sociale intatta ed un ambiente familiare favorevole. C. Conseguenze sulla capacità di integrazione Da quanto detto sopra non occorre effettuare dei provvedimenti di integrazione e non è neppure necessario procedere a dei provvedimenti medici." (Doc. AI _ pag. 6-7) Per quanto attiene invece alla componente cardiologica, con referto 17 giugno 2002 il Prof. dr. _____, dopo dettagliata esposizione dei dati anamnestici e a seguito degli esami cardiologici da esso eseguiti, posta la diagnosi di " Diagnosi: · Stato da piccolo infarto

miocardico nel 1993 · Stato da quintuplo by-pass aorto coronarico 1993 · Conferma coronarografica di pervietà dei by-pass aorto-coronarici · Elettrocardiogramma da sforzo massimale nella norma · Ecocardiografia con funzione normale del ventricolo sx · Moderata insufficienza della valvola mitralica · Dolore ossei sternali su stato da by-pass aorto-coronarico e da asportazione dei cerchiaggi nel 1999 · Stato da operazione di ernia inguinale bilaterale · Stato da operazione al setto nasale." (Doc. AI __, pag. 4) ha osservato: " Discussione Il signor _____ ha presentato nel 1993 un piccolo infarto miocardico. Una coronarografia successiva ha mostrato un'importante malattia coronarica, per cui egli è stato sottoposto nell'aprile del 1993 a quintuplo by-pass aorto coronarico. Dopo l'operazione e un periodo di riabilitazione persistevano dei dolori toracici in sede sternale, che non miglioravano dopo l'asportazione dei cerchiaggi nel 1999. Le condizioni cardiache del paziente sono attualmente molto buone. In particolare egli riesce a compiere sforzi fisici importanti, per es. con la bicicletta, per lungo tempo e sostenendo sforzi importanti, affrontando delle salite impegnative. Lo status cardiaco è normale. L'elettrocardiogramma a riposo è perfettamente nella norma . Una prova cicloergometrica eseguita a sforzo massimale (175 Watt per 2 minuti) con buona reazione di polso e pressione arteriosa, non ha prodotto sintomi coronarici e ha messo in evidenza una normalità del tratto ST, escludendo pertanto un'insufficienza coronarica. Pure l'ecocardiogramma ha mostrato un ventricolo sx che si muove perfettamente in tutte le sue regioni, con una frazione di eiezione normale. È unicamente presente una moderata insufficienza mitralica, che attualmente non provoca un aumento della pressione polmonare e pertanto non è rilevante ai fini della determinazione della capacità lavorativa. Sulla base di quanto sopra esposto, ritengo che il paziente sia perfettamente abile al lavoro di portiere notturno, attività che egli svolge prevalentemente in posizione seduta, presso l'Albergo _____. Del resto anche il collega cardiologo, prof. _____, si è espresso in questo senso in un recente scritto. Anche da un punto di vista psichiatrico, il dr. _____ non ravvisa motivi per una riduzione della capacità lavorativa. In conclusione: La normalità della riserva coronarica e della funzione del ventricolo sx in questo paziente fa ritenere, nonostante una moderata insufficienza mitralica, irrilevante ai fini della capacità lavorativa, che il paziente può svolgere al 100% la sua attività di portiere notturno in un albergo . Pertanto la capacità lavorativa del paziente è del 100%. Nemmeno dal punto di vista psichiatrico, secondo lo specialista dr. _____, vi sono dei motivi per ritenere una riduzione della capacità lavorativa." (Doc. AI __, pag. 4-5) 2.7. Con il ricorso _____, richiamando in particolare le certificazioni risalenti all'ottobre rispettivamente all'aprile 2000 del cardiologo dr. _____ e della psichiatra dr.ssa _____ attestanti un'inabilità lavorativa del 50%, contesta le risultanze peritali, rimproverando altresì all'amministrazione di aver preso in considerazione unicamente gli aspetti medico-teorici e rilevando come egli non sia in grado, a causa dei deficit psico-fisici, di poter lavorare quale portiere di notte per cinque notti consecutive. 2.8. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza

probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F. inedita, STFA 24.12.1993 nella causa S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, p. 347). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAL 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Il TFA ha inoltre precisato che, nell'ipotesi in cui si tratti di una lite in materia di prestazioni, dall'art. 4 CF rispettivamente 6 CEDU, non può essere dedotto il diritto di essere sottoposto ad una perizia medica esterna (DTF 122 V 157). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 nella causa A. C ; DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, RG über die IVG, Zurigo 1997 pag. 230). 2.9. Relativamente all'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, occorre precisare che il TFA ha avuto modo di stabilire che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 102 V 165; ZAK 1984 pag. 607; Pratique VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b). Inoltre, in una sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele

molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124). 2.10. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni cui sono pervenuti i periti dr. _____ e dr. _____, specialisti nelle materie che qui interessano, i quali hanno compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato. Per quanto riguarda la componente psichica, conformemente ai criteri d'affidabilità di una perizia psichiatrica elencati al considerando precedente, lo specialista dr. _____ ha posto una diagnosi (sindrome mista ansiosa-depressiva) secondo la classificazione ufficiale (ICD 10: F 41.2) e si è pronunciato sulla gravità dell'affezione, giudicata di lieve entità. Egli ha proceduto ad una dettagliata e approfondita valutazione psichiatrica, escludendo l'esistenza di disturbi dell'adattamento, di somatizzazione come pure di un disturbo psicosomatico (indicato per contro in un rapporto medico dell'aprile 2000 del medico curante dr.ssa _____, allestito per conto dell'assicurazione _____), precisando inoltre come un eventuale disturbo algico possa sì entrare in considerazione ma che lo stesso non è tale da giustificare una limitazione della capacità lavorativa e che non sono del resto ravvisabili fattori psicologici che abbiano avuto un ruolo nell'esordio e nel mantenimento del dolore. Orbene, alla luce dei criteri sopra evocati, alla perizia del dr. _____, le cui conclusioni in merito alla completa capacità lavorativa appaiono frutto di un approfondito e dettagliato esame, non può che essere attribuita forza probatoria piena, ritenuto, per quanto riguarda la diversa valutazione della capacità lavorativa espressa dal medico curante nel suo rapporto 28 aprile 2000, allestito quindi quasi 2 anni prima rispetto all'indagine peritale in oggetto, che in essa non è attestata, secondo quanto richiesto dalla succitata giurisprudenza, l'esistenza di motivi atti a far ritenere essere in presenza di un danno alla salute psichica di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro. Nessun ulteriore elemento agli atti permette per il resto di considerare siccome arbitrario il convincente e motivato giudizio posto dal perito sulla base di una accurata indagine. 2.11. Per quel che concerne l'affezione cardiologica, nel suo referto 17 giugno 2002 il dr. _____, dopo aver visitato e sottoposto l'assicurato ad esami cardiologici, non ha ravvisato alcuna limitazione alla capacità lavorativa. In particolare, lo specialista, rilevando uno " status cardiaco normale" ha precisato come " le condizioni del paziente siano attualmente molto buone " e come " egli riesce a compiere sforzi fisici importanti, per es. con a bicicletta , per lungo tempo e sostenendo sforzi importanti, affrontando delle salite impegnative ". Egli ha quindi osservato come " una prova cicloergometrica eseguita a sforzo massimale ...con buona reazione di polso e pressione arteriosa, non ha prodotto sintomi coronarici e ha messo in evidenza una normalità del tratto ST, escludendo pertanto un'insufficienza coronarica " e che " pure l'ecocardiogramma ha mostrato un ventricolo sx che si muove perfettamente in tutte le sue regioni con una frazione di eiezione normale ". Il perito ha unicamente riscontrato una " moderata insufficienza mitralica che attualmente non provoca un aumento della pressione polmonare e pertanto non è rilevante ai fini della determinazione della capacità lavorativa ". In conclusione il perito ha osservato che " il paziente sia perfettamente abile al lavoro di portiere notturno, attività che egli svolge prevalentemente in posizione seduta presso l'Albergo _____. Del resto anche il collega cardiologo, prof. _____, si è espresso in questo senso in un recente scritto ". Ora, in simili circostanze, anche alla perizia cardiologica eseguita dal dr. _____ non può che essere attribuita forza probante piena ai fini del presente giudizio secondo quanto prescritto dalla succitata giurisprudenza federale, ritenuto non da ultimo che, come rilevato

dal perito, pure il medico curante dr. _____, nella sua più recente valutazione (rapporto 4 marzo 2002, doc. AI _), contrariamente a quanto sembra voler sostenere l'insorgente, rispondendo ad alcuni quesiti postigli dall'Ufficio AI in relazione alla sua precedente valutazione dell'ottobre 2000, ha osservato: " in merito alla sua lettera dei 20.2.2002, ho rivisto il caso del sopracitato. Si tratta di un paziente che già subito dopo l'intervento di quintuplo bypass aortocoronarico eseguito in data 17.5.1993 aveva accusato dolori toracali importanti, per cui appena dopo un mese era stato di nuovo sottoposto ad una coronarografia che aveva messo in evidenza una permeabilità dei bypass. Il decorso era stato identico con toracalgie recidivanti che portavano a situazioni di angoscia e di tensione, per cui erano state eseguite diverse cicloergometrie che mostravano dei leggeri slivellamenti di ST. La scintigrafia miocardica del 1998 aveva escluso un'ischemia indotta da Dipiridamolo. Tuttavia, visto i disturbi importanti del paziente, lo avevo presentato al PD Dr. _____, Cardiochirurgo, per la valutazione dell'asportazione di cerchiaggi della toracotomia, asportazione che era avvenuta in data 30.9.1999. Dopo un breve periodo in cui la situazione sembrava migliorare, il paziente ha riaccusato dolori toracali importanti, non sempre dipendenti dallo sforzo. Per tale ragione è sempre stato mantenuto inabile al lavoro al 50%, ritenendo di procedere con un compromesso tra i risultati obiettivi e la situazione clinica. Evidentemente il lavoro segnalato nel rapporto non è pesante. Se il Collega Dr. _____ ritenesse che la situazione psicologica e psicosomatica del paziente sia irrilevante, non dovrebbero esservi da parte mia ed in particolare dal punto di vista cardiologico degli ostacoli ad un aumento dell'abilità lavorativa. Inoltre non mi era nota l'attività sportiva del paziente, in particolar modo il ciclismo ed escursioni. Se questa attività sportiva fosse confermata, non avrei nessuna opposizione alla ripresa dell'attività lavorativa normale." (Doc. AI _) In conclusione, alla luce delle risultanze peritali è da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (RDAT II-2001 N. 91 pag. 378; SVR 2001 KV N. 50 pag. 145; DTF 125 V 195, 121 V 208 consid. 6a, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b) che _____, per lo meno sino all'emanazione del querelato provvedimento (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta infatti la legalità delle decisioni impugnate in base alla situazione di fatto e di diritto esistente sino al momento in cui esse sono state rese, cfr. pro multis DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b), presenta una completa capacità al lavoro e, di riflesso, al guadagno, ciò esclude il riconoscimento di prestazioni AI. Ne consegue quindi la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é respinto . 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente
segretario Raffaele Guffi
Fabio Zocchetti