

TI_GERICHTE 32.2008.148 vom 17. Juni 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-06-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.148

FR: TI_GERICHTE 32.2008.148 du 17 juin 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2008.148 del 17 giugno 2009

Regeste

Revisione. L'UAI ha correttamente confermato il diritto dell'A. ad una mezza rendita d'invalidità (grado del 50%) non essendo oggettivamente un peggioramento della patologia ortopedica, né di quella psichiatrica. I singoli gradi d'incapacità non devono essere cumulati, ma valutati globalmente

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Questa giurisprudenza è stata confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C_830/2007 del 27 luglio 2008, vedi anche la sentenza 9C_382/2008 del 22 luglio 2008. Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In

una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.).

In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: "(...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di

giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza 9C_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. _____, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. _____ (DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)” In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPG). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte 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 che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

2.5. Nella decisione del 7 maggio 2007 l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera limitatamente al periodo dal 1° marzo 2005 al 31 marzo 2006, ridotta poi a mezza rendita dal dal 1° aprile 2006, fondandosi, in particolare, sulla perizia pluridisciplinare del SAM dell'8 gennaio 2006 (doc. AI 32-1). Nell'ambito della richiesta di aumento della rendita d'invalidità del 6 marzo 2008 l'assicurato ha trasmesso all'UAI il rapporto della Clinica universitaria _____ di _____. Gli specialisti interpellati, dopo aver descritto l'anamnesi del paziente, i disturbi soggettivi, l'esame clinico del 24 ottobre 2007 e la documentazione radiologica, hanno posto la diagnosi e la valutazione qui riprese: " V. DIAGNOSE Transmurale Supraspinatus-Reruptur und Verdacht auf Subskapularis-Oberrandläsion Schulter links mit / bei • Status nach Schulter-Arthroskopie und offener RotatorenmanschettenRekonstruktion links am 03.05.2005 (Dr. _____ , _____) Transmurale Supraspinatus-Reruptur und Verdacht auf Subskapularis-Oberrandläsion Schulter rechts mit / bei • Status nach Schulter-Arthroskopie mit offener RotatorenmanschettenRekonstruktion und Akromioplastik rechts am 02.03.2004 (Dr. D. _____ , _____) AC-Gelenks-Arthropathie links mehr als rechts Sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom links mehr als rechts Multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS von C4-C7 mit / bei • grosser, nach intraforaminal reichender Diskushemie auf Höhe C6/C7 rechts

mehr als links mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 rechts VI.

ZUSAMMENFASSUNG UND BEURTEILUNG Der von uns begutachtete Expiorand hatte am 29.09.2002 einen Motorradunfall. Eine im Bereich beider Schultern vorliegende Rotatorenmanschetten-Läsion wurde lange Zeit nicht erkannt. Trotz offener Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion am 02.03.2004 im Bereich der rechten Schulter sowie am 03.05.2005 im Bereich der linken Schulter bestehen weiterhin belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich beider Schultern sowie auch erhebliche Nachtschmerzen. Diese Schmerzen imponieren teils im Sinne einer Brachialgia paraesthetica nocturna. Zusätzlich bestehen auch störende Parästhesien und Hypästhesien im Bereich beider Arme. Diagnostisch findet sich im Bereich beider Schultern eine intervalinahe Rotatorenmanschetten-Reruptur (Qeweils Supraspinatus transmural sowie Verdacht auf Subskapularis-Oberrandläsion) bei Intakter, durchgehender langer Bizepssehne. Zusätzlich besteht klinisch eine deutliche AC-Gelenksarthropathie links mehr als rechts. In der durchgeführten MRI-Untersuchung der HWS zeigt sich eine deutliche Diskushernie C6/C7 mit intraforaminaler Kompromittierung der Nervenwurzel C7, vor allem rechts. Elektrophysiologisch konnte ein sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom links mehr als rechts nachgewiesen werden, welches die nächtlichen Beschwerden im Sinne einer Brachialgia paraesthetica nocturna gut erklären kann. Rechtsseits bestehen elektrophysiologisch zudem Hinweise auf eine auch proximaler gelegene, allenfalls radikuläre Läsion. Gesamthaft können die gefundenen Pathologien das Ausmass der geschilderten Beschwerden erklären. Therapeutisch besteht eine komplexe Situation mit verschiedenen, teils konservativen, insbesondere aber operativen Interventionsmöglichkeiten. Diesbezüglich verweisen wir auf die von Ihnen gestellten Fragen.

VII. BEANTWORTUNG DER FRAGEN Befunde, Diagnose? Siehe Kapitel III, IV und V unseres Gutachtens. Welche Behandlungsmassnahmen könnten Ihres Erachtens eine entscheidende Besserung des Zustandes der rechten Schulter bringen? Wir denken, dass bei diesem 50-jährigen Exploranden mit Supraspinatus-Reruptur bei guter Muskelqualität und nur mässiger Retraktion eine Re-Rekonstruktion anzustreben ist. In diesem Sinne werden wir eine erneute Schulter-Arthroskopie mit arthroskopischer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion und bei Rotatorenintervall-angrenzender Ruptur gleichzeitig auch Bizepsstenotomie oder -tenodese sowie Re-Akromioplastik und bei positivem Ansprechen auf die AC-Gelenksinfiltration auch AC-Gelenksresektion vorschlagen. Dadurch ist eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik wahrscheinlich bis überwiegend wahrscheinlich zu erwarten, eine Verbesserung der Kraft aber möglicherweise nicht. Gleichzeitig könnte rechts mit einer altfälligen Schulteroperation eine operative Dekompression des elektrophysiologisch klar nachgewiesenen, sensomotorischen Karpaltunnelsyndroms durchgeführt werden, da dieses oftmals diffuse Armschmerzen verursachen kann im Sinne einer Brachialgia paraesthetica nocturna und diese Beschwerden nur schwer von der Schulterbeschwerden getrennt werden können. Welche therapeutischen Massnahmen könnten eine entscheidende Besserung des Zustandes der linken Schulter bringen? Gleiches wie oben gilt auch für die linke Schulter. Auch hier besteht eine Rotatorenmanschetten-Reruptur mit guter Muskelqualität und nur mässiger Retraktion sowie ein deutlich positives Ansprechen auf die AC-Gelenksinfiltration, so dass durch eine erneute Schulter-Arthroskopie, Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, Bizepsstenotomie oder -tenodese, Re-Akromioplastik und AC-Gelenksresektion mit Wahrscheinlichkeit bis überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik zu erwarten ist, eine Verbesserung der Kraft aber möglicherweise nicht. Wie auch auf der rechten Seite könnte

links gleichzeitig eine operative Therapie des elektrophysiologisch nachgewiesenen sensomotorischen Karpaltunnelsyndroms durchgeführt werden. Nach unserem Erachten würde sich dadurch die Wahrscheinlichkeit einer deutlichen Beschwerderegradierung der Schulter- und Armschmerzen links noch deutlich erhöhen. Falls keine weitere Behandlung mehr in Frage kommt, wie lautet Ihre Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit? Entfällt. Wie hoch stufen Sie den Integritätsschaden an der rechten Schulter, wie hoch an der linken Schulter ein? Wir würden den Integritätsschaden an beiden Schultern auf je 10 % einstufen, entsprechend einer mässigen Form einer Periarthropathia humeroscapularis. Durch eine erfolgreiche operative Therapie könnte jedoch der Integritätsschaden wahrscheinlich bis überwiegend wahrscheinlich auf 0 % vermindert werden. Eine Zunahme der Rupturgrösse mit konsekutiver Pseudoparalyse der Schulter könnte den Integritätsschaden ebenso aber auch erhöhen. Haben Sie allfällige Bemerkungen? Ob, in welcher Reihenfolge und Geschwindigkeit die vorgeschlagenen Massnahmen durchgeführt werden sollen, ist eine Temperamentfrage und richtet sich nach den Wünschen des Exploranden. Aufgrund der verschiedenen Pathologien würden wir folgendes Procedere durchführen: Zuerst Anpassung von Nachtlagerungsschienen im Bereich beider Handgelenke. Dadurch kann eventuell bereits ein gewisser Therapieeffekt seitens des Karpaltunnelsyndroms erzielt werden. Gleichzeitig mit einer allfälligen Schulteroperation (rechts oder links) wäre die operative Dekompression des Karpaltunnels durchführbar. Da vor allem rechtsseits zusätzlich eine radikuläre Schmerzgenese möglich ist, die Beschwerden jedoch eher linksseits überwiegen, würden wir bei einer allfälligen operativen Therapie empfehlen, eher die linke Seite zuerst anzugehen. Bei guter Schmerzbefreiung und entsprechendem Therapiewunsch dann auch selbiges Vorgehen auf der rechten Seite. Eine Operation an der Halswirbelsäule sehen wir nicht primär indiziert. Bei persistierenden Restbeschwerden wäre nach den Operationen an den oberen Extremitäten die Situation im Bereich der Halswirbelsäule nochmals dann neu zu evaluieren." (Doc. AI 71 14-18) Su indicazione del 15 maggio 2008 del Dr. _____ del SMR (doc. AI 78-1) l'UAI ha predisposto un accertamento peritale psichiatrico presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali (doc. AI 79-1). In tale ambito il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel referto del 18 giugno 2008, dopo aver illustrato l'anamnesi, i dati soggettivi dell'assicurato e le constatazioni obiettive ha diagnosticato quanto segue: "Sindrome depressiva ricorrente, non specificata (ICD-10 F33.9) con aspetti persecutori e rivendicativi esistenti dal 2004. Disturbo di personalità misto (ICD-10 F61.0) con aspetti caratteriali e paranoico esistenti da diversi anni. Periarthropatia omeroscapolare cronica bil. con/su: stato dopo rottura del tendine sovraspinato della spalla dx; tendinopatia degenerativa della spalla sx dal 2003; sindrome cervico-vertebrale cronica con slash su moderata osteocondrosi e uncartrosi cervicale. Indizi per profusioni discoli, cervicali negli ultimi 2-3 anni." (doc. AI 81-9) Lo specialista ha poi espresso la seguente valutazione: "

E. 5

Valutazione e prognosi Siamo di fronte ad un 51 enne che praticamente prima dell'incidente del 2002 non aveva mai presentato dei disturbi di alcun genere. Ha svolto la sua attività lavorativa negli ultimi anni praticamente dal 1987 fino all'infortunio del 2002 presso il comune di _____ in qualità di operaio, dopo l'infortunio egli avrebbe potuto riprendere la sua attività lavorativa almeno nella misura del 50%, visto che ha avuto periodi di inabilità lavorativa anche negli ultimi anni nella misura del 50%, però in seguito a vari problemi burocratici e amministrativi egli non ha potuto riprendere neanche in modo parziale l'attività lavorativa, anzi gli è stato proposto di non presentarsi sul posto di lavoro e

ufficialmente egli è ancora dipendente del comune di _____. Come già accennato, gradualmente ha sviluppato una serie di disturbi psichici, ragion per la quale doveva essere seguito presso lo studio medico del Dr. _____ praticamente dal 2004 a tuttora in modo regolare, visto che aveva presentato una depressione atipica (depressione nervosa) con lo sviluppo di una progressiva depressione reattiva con componente caratteriale e rivendicatività, aggressività, addirittura con idee suicidali, omicidali a confronto dei suoi colleghi di lavoro (egli voleva varie volte recarsi presso il comune di _____ e buttare giù qualcuno dalla terrazza). All'inizio sotto forma di una depressione reattiva nell'ambito di una sindrome da disadattamento sicuramente con elementi di tipo paranoico già pre■esistente a causa dei suoi disturbi della personalità che come fattore scatenante insieme a tutto quello che gli è successo, evidenziava delle modalità caratteristiche persistenti, a volte con un comportamento pericoloso e rivendicativo pervasiva e non flessibile, ostacolava un eventuale adattamento, ragion per la quale necessitava una cura psico■farmacologico importante, attualmente con l'introduzione di un farmaco neurolettico che sembra aver migliorato gradualmente la sua aggressività e la sua situazione psichica in generale. Egli riferisce che recentemente è stato ancora valutato presso la Clinica universitaria_____ che hanno proposto ancora degli interventi chirurgici che lui rifiuta assolutamente. A causa anche di altri problemi socio■economici si sente molto teso a volte esplosivo, riferisce che se non usciva regolarmente dal domicilio per passeggiare a volte varie ore nei boschi con il cane, la sua rabbia poteva causare dei danni. Egli si sente tradito, presenta continui pensieri rivendicativi, d'ingiustizia che lo disturbano in continuazione ed è convinto che se ritornava al posto di lavoro la situazione poteva essere differente. In seguito al mio colloquio telefonico con il Dr. _____ psichiatra che lo ha in cura oramai già da diversi anni, infatti abbiamo constatato un lieve miglioramento negli ultimi mesi dal punto di vista psichiatrico, dovuto anche all'introduzione della terapia psico■farmacologica aggiuntiva a base di Tegretol e Clopixol. Il collega, conferma un'inabilità lavorativa nella misura del 50% puramente dal punto di vista psichiatrico, che in linea massima siamo in accordo con la valutazione del collega Dr. _____ del dicembre del 2006. Praticamente egli ancora presenta un'inabilità lavorativa nella misura del 50% a causa d'insieme di un disturbo psichico ben presente, che necessita assolutamente la continuazione della sua presa a carico di tipo psichiatrico ed è importantissimo che continui ad assumere la sua psico■farmaco terapia come già in atto, riconoscendo la sua inabilità lavorativa parziale almeno ancora per un anno e poi rivalutare la sua situazione psichica. Con la possibilità che migliori, vista la sua età relativamente giovane, in caso di un accordo sul posto di lavoro o con la collaborazione della _____, che ancora sta assumendo le sue spese pagando una certa indennità, salvo eccezione la sua prognosi a medio■lungo termine, dal punto di vista psichiatrico potrebbe essere favorevole. B. Conseguenze sulla capacità di lavoro I. Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati 1. 1 a livello psicologico e mentale A livello psicologico e mentale, come descritto sopra; siamo in presenza di una sindrome depressiva atipica, di entità lieve■media ma con un componente nevrotico e un disturbo di personalità che complica l'evoluzione positiva■rapida all'assicurato. Tutto ciò, causa un malessere psichico permanente che malgrado i suoi sforzi persistono ancora e impediscono uno svolgimento di un'attività lavorativa completo. 1.2 livello fisico A livello fisico, per quel che riguarda i suoi disturbi e dolori alle spalle e alla colonna cervicale, già stato valutato, egli presenta dei disturbi importanti ed in modo costante che causano anche dei disturbi del sonno visto che è difficile la posizione giusta e deve per forza dormire con la pancia in su ed è l'unica posizione che gli

da sollievo. Altrimenti, fisicamente stà bene e come già accennato svolge varie camminate e passeggiata all'aria aperta che gli fanno bene. 1.3 nell'ambito sociale Per fortuna, nell'ambito sociale egli riesce a gestire la sua situazione in modo molto positivo, è in ottimi rapporti con i suoi famigliari, amici e conoscenti. Svolge un'attività sociale abbastanza importante. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato Dal punto di vista psichico, egli potrebbe svolgere qualsiasi attività lavorativa, attualmente nella misura del 50%. 2.2 L'attività attuale è ancora praticabile? Sì. 2.3 Se sì, in quale misura (ore al giorno)? Nella misura del 50%, circa 4-5 ore al giorno. 2.4 E' constatabile una diminuzione della capacità di lavoro? Sì. 2.5 Se sì, in che misura? Nella misura del 50%. 2.6 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico di almeno il 20% ? Dal 2002 per un periodo e poi dal 2005 in modo costante. 2.7 Quale è stato da allora lo sviluppo della limitazione delle capacità di lavoro? Egli poteva riprendere la sua attività lavorativa varie volte nella misura del 50%, che purtroppo però non è riuscito ad aver il suo posto di lavoro e tutto ciò ha sviluppato uno stato depressivo atipico con un nervosismo importante che complicava la sua situazione. 3.L'ambiente di lavoro dell'assicurato è in grado di sopportare, i disturbi psichici? Sì, visto che negli ultimi anni ci sono stati anche dei cambiamenti sul posto di lavoro.. C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1.E' possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? No 1.1 Se sì, La preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione, in special modo per quanto riguarda: - l'abitudine al processo lavorativo - l'esercizio di capacità sociale di base - l'utilizzazione di risorse disponibili Non è il caso. 1.2 Se no, La preghiamo di darcene ragione Egli, praticamente, ha lavorato per circa 20 anni come operaio presso il comune di _____ e poi 7 anni presso le _____. E' auspicabile un rientro sul posto di lavoro e di svolgere un'attività adeguata nell'ambito dove egli ha già una grande esperienza. 2. E' possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? Sì 2.1 Se sì, con quali ragionevoli provvedimenti Sì dal punto di vista psichiatrico, egli dovrebbe migliorare la sua capacità lavorativa nel futuro. 2.2 Secondo lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? Sicuramente un effetto molto positivo, la presa a carico di tipo psichiatrico è fondamentale e nel caso di un'evoluzione ancora favorevole, egli potrebbe recuperare la sua abilità lavorativa anche fino alla misura del 70%. 3. L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Sì. 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? Egli, come già accennato, ha sempre svolto un'attività lavorativa semplice come operaio, ha sempre avuto un eccellente rapporto con i suoi colleghi durante il periodo di lavoro e non credo che abbia dei grossi problemi nella sua graduale ripresa lavorativa futura. 3.2. In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno)? Attualmente 50%, vale a dire circa 4 ore al giorno. In futuro bisogna rivalutare la sua situazione. 3.4 se sì, in che misura? Vedi sopra. 3.5 Qualora non siano possibili altre attività: per quali motivi? Vedi sopra. (doc. AI 81-9+10+11+12+13+14). 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01

e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères

jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)" (nello stesso senso cfr. STF 9C_170/2008 del 7 novembre 2008). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi

sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto 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, inc. 32.1999.124). 2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione effettuata dai medici del SMR. 2.7.1. Per quanto riguarda la patologia ortopedica l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame specialistico in data 28 novembre 2006, nell'ambito della perizia SAM, da parte del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale dopo aver posto la diagnosi di " Periartrite omero-scapolare cronica bilaterale, stato dopo rottura del tendine sovraspinato della spalla destra, tendinopatia degenerativa della spalla sinistra. ■ Sindrome cervicale vertebrale cronica, ■ moderata osteocondrosi ed uncarioti cervicali. Indizi per protrusioni discali cervicali " ha ritenuto il paziente abile al 50% nella professione abituale di operaio comunale. Lo specialista ha poi rilevato che l'assicurato sarebbe in grado di svolgere attività lavorative alternative di carattere manovale. Nel caso di una "costellazione favorevole" si potrebbe mirare ad una capacità lavorativa del 75% al massimo (doc. AI 32-18/20). Nell'ambito della richiesta di aumento del grado d'invalidità l'assicurato ha prodotto il rapporto del 13 dicembre 2007 della Clinica universitaria _____ di _____, allestito per conto della _____, nel quale viene posta una diagnosi che sostanzialmente ricalca le patologie evidenziate dal perito del SAM. I medici della Clinica universitaria _____ mettono infatti in evidenza gli interventi del 2 marzo 2004 e del 3 maggio 2005 ben illustrati anche nella perizia del Dr. _____ (cfr. doc. AI 32-14; doc. 71-14/15). " Transmurale Suprascapularis-Ruptur und Verdacht auf Subscapularis-Oberrandläsion Schulter links mit / bei • Status nach Schulter-Arthroskopie und offener RotatorenmanschettenRekonstruktion links am 03.05.2005 (Dr. D. _____) Transmurale Suprascapularis-Ruptur und Verdacht auf Subscapularis-Oberrandläsion Schulter rechts mit / bei • Status nach Schulter-Arthroskopie mit offener RotatorenmanschettenRekonstruktion und Akromioplastik rechts am 02.03.2004 (Dr. _____ , _____)" (doc. AI 71-14/15). Il Dr. _____ ha anch'egli precisato che il Dr. _____ il 2 marzo 2004 ha eseguito la riparazione chirurgica della cuffia dei tendini rotatori della spalla destra associata all'acromioplastica. I successivi dolori alla spalla sinistra sono poi stati ricondotti alla sindrome d'attrito sottocromiale con lesione parziale, su base degenerativa, del tendine sovraspinato sinistro. Nel febbraio 2005 gli esami radiologici hanno indicato la rottura del tendine sovraspinato dell'articolazione omero-scapolare destra (doc. AI 32-14). Il 3 maggio 2005 vi è poi stata la revisione e sutura della cuffia dei tendini rotatori e l'acromioplastica della spalla sinistra (doc. AI 32-14). Nella diagnosi del Dr. _____ viene poi confermata la tendinopatia degenerativa della spalla sinistra segnalata anche dai medici della Clinica _____ (" AC-Gelenks-Arthropathie links mehr als rechts ") (doc. AI 32-18). Infine, vengono ancora segnalate: "Sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom links mehr als rechts Multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS von C4-C7 mit / bei • grosser, nach intraforaminal reichender Diskushemie auf Höhe C6/C7 rechts mehr als links

mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 rechts" (doc. AI 71-15) Anche la problematica in C6/C7 è stata diagnosticata dal Dr. _____, laddove ha indicato nelle radiografie del 2003 una moderata osteocondrosi ed uncartrosi cervicale in C6/C7 e in quelle del 2006 segni incipienti di osteocondrosi C4/C5 ed un'ostecondrosi un poco più pronunciata del segmento C6/C7 (doc. AI 32-17) Viene infine valutato un danno all'integrità (Integritätsschaden) del 10% per la spalla destra e quella sinistra senza tuttavia fornire alcuna indicazione supplementare circa la capacità lavorativa residua (doc. AI 71-17). A mente degli specialisti della Clinica _____ il paziente dovrebbe sottoporsi ad una serie di interventi chirurgici per beneficiare di un miglioramento della sintomatologia dolorosa (doc. AI 71-16/17/18). Nelle annotazioni del 7 aprile 2008 il medico del SMR, Dr. _____ ha precisato che la perizia ortopedica della Clinica _____ non oggettiva peggioramenti rispetto a quella eseguita presso il SAM (doc. AI 73-1). Il Dr. _____ interpellato dal TCA a proposito della cumulabilità o meno dei gradi d'inabilità lavorativa dal profilo ortopedico e psichiatrico, nello scritto di risposta del 27 aprile 2009 ha confermato la capacità lavorativa del 50% nella professione abituale di operaio comunale: " una incapacità lavorativa completa non si giustifica dal punto di vista ortopedico e in base al rapporto del 2 dicembre 2006, nemmeno da quello psichiatrico. La esperienza di questi casi mostra che una attività lavorativa parziale, sia pure con efficienza diminuita, distoglie per un certo periodo la concentrazione del paziente dalle patologie ancora persistenti e sovente allevia il quadro algico (vedasi rapporto del d. _____ pg.4 valutazione). In modo espressamente limitato alla patologia ortopedica avevo indicato la possibilità di mirare, nella più favorevole delle ipotesi, ad una capacità lavorativa del 75% in una attività lavorativa di carattere alternativo e accompagnata da precise limitazioni (vedasi mio rapporto del 29.11.2006, pg 8, paragrafo 7.). Questa possibilità, già problematica sotto il profilo pratico, alla luce della valutazione psichiatrica viene a cadere " (doc. XII). Questa Corte ritiene dunque che dalla documentazione medica agli atti non sia oggettivabile un peggioramento della patologia ortopedica. 2.7.2. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurato è stato inoltre sottoposto ad un accurato esame psichiatrico ad opera del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto del 2 dicembre 2006 ha diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente, non specificata (ICD10■F33.9) con aspetti persecutori e rivendicativi. Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10■ F45.4). Disturbo di personalità misto (ICD 10■ F61.0) con aspetti caratteriale e paranoico e valutato l'assicurato inabile nella misura del 50% nell'ultima attività lavorativa svolta (doc. AI 32-25). Da parte sua il Dr. _____ nella perizia del 18 giugno 2008, svolta nell'ambito della procedura di revisione, ha diagnosticato dal punto di vista psichiatrico una sindrome depressiva ricorrente, non specificata (ICD10■F33.9) con aspetti persecutori e rivendicativi esistenti dal 2004. Disturbo di personalità misto (ICD 10■ F61.0) con aspetti caratteriali e paranoico esistenti da diversi anni, e valutato l'assicurato abile in misura al 50% in qualsiasi attività lavorativa (doc. AI 81-12). Il medico del SMR, Dr. _____, nelle annotazioni dell'8 luglio 2008 ha precisato che " dal lato medico sostanzialmente non è cambiato nulla dalla precedente perizia SAM " (doc. AI 83-1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale del Dr. _____, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Tale non può essere la certificazione del Dr. _____ dell'8 maggio 2008 (doc. AI 91-37), precedente alla valutazione del Dr. _____, dove il medico curante ha diagnosticato una " grave problematica psicopatologica e clinica caratterizzata

da una sindrome ansioso-depressiva importante con somatizzazioni d'ansia multifocali nel quadro di un disturbo da disadattamento reattivo a complessa e invalidante problematica ortopedica-reumatologica". In seguito il Dr. _____ si è poi soffermato sulla patologia ortopedica indicando che il paziente soffre di "... una grave e instabile situazione clinica plurirecidivante, evolutiva e invalidante che ha colpito entrambe le spalle a livello dei tessuti molli nonché delle superfici articolari, al quale si somma una sindrome sensitivo-motoria degenerativa ad entrambi gli arti superiori, una sindrome vertebrale multi segmentale a livello cervicale aggravata da compressione radicolare su ernia discale". Neppure lo scritto del 26 agosto 2006 del medesimo psichiatra, ma sottoscritto dal Dr. _____, permette una diversa valutazione dello status clinico di RI 1. Il Dr. _____ ha infatti ripreso la precedente diagnosi di sindrome ansioso-depressiva e indicato che il disturbo psichiatrico tende a somatizzare a livello organico. L'attuale quadro psicopatologico è precario a tal punto – a suo dire – da poter sfociare in atti impulsivi anticonservativi (doc. AI 91-41). La patologia psichiatrica evidenziata dal Dr. _____ nei referti dell'8 maggio e del 26 agosto 2008, ovvero la sindrome ansioso-depressiva, è sostanzialmente quella che avevano diagnosticato sia il Dr. _____ che il Dr. _____ nei loro rispettivi referti dove essi parlano di sindrome depressiva ricorrente (cfr. doc. AI 32-21; 81-1). Il medico curante ha poi illustrato la patologia ortopedica che tuttavia questa Corte ha già avuto modo di analizzare precedentemente sulla base del referto dello specialista Dr. _____ (cfr. consid. 2.7.1). Diverge, per contro, la valutazione dell'inabilità lavorativa: completa secondo il medico curante, al 50% secondo i periti interpellati dall'amministrazione. Va rilevato però che il Dr. _____ ha fissato un diverso grado di inabilità lavorativa senza fornire elementi oggettivi tali da preferire la sua valutazione a quella sia del Dr. _____ che del Dr. _____. Nelle annotazioni del 17 settembre 2008 i medici del SMR, Dr. _____, FMH in medicina generale e la Dr.ssa _____, psichiatra, hanno rilevato che le certificazioni del Dr. _____ non hanno fornito "dati supplementari" a livello di diagnosi e le divergenze con la perizia del Dr. _____ ritenute non sufficienti per mutare le conclusioni alle quali sono giunte i periti del SAM (doc. VI 1). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente e approfonditamente vagliato dal Dr. _____ e non vi sono motivi per distanziarsi da tali conclusioni, ritenuto che il referto dell'8 maggio e quello del 26 agosto 2008 del Dr. _____ non apportano nuovi elementi, non apprezzati dal medico del Centro peritale, in grado di influire sulla sua valutazione specialistica approfondita e ben motivata (cfr. STF 9C_683/2008 del 25 febbraio 2009). Infine è utile ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo

delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.7.3. Per quanto concerne la censura relativa al grado d'invalidità globale stabilito al 50% nella perizia SAM e confermato in via di revisione, ma contestato dal ricorrente, va detto quanto segue. Secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella causa in esame è stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che “una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo”. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). I periti del SAM, Dr.ssa _____ e Dr. _____ nella loro valutazione globale dell'8 gennaio 2006 hanno infatti rilevato che le patologie di cui soffre il ricorrente e che gli causano una limitazione della capacità lavorativa comportano sempre una riduzione del rendimento (doc. AI 32-10). Valutazione poi ripresa integralmente dal medico del SMR, Dr. _____ (doc. AI 36-3). Il Dr. _____ interpellato a tal proposito da questa Corte in data 27 aprile 2009 ha precisato che “... i tassi di incapacità lavorativa indicati dal profilo ortopedico e da quello psichiatrico non devono essere cumulati. Punto di riferimento è il grado di capacità lavorativa del 50% valutato per l'attività di operaio comunale da ultimo svolta, sia per la patologia ortopedica che per quella psichiatrica” (doc. XII). La risposta del Dr. _____ ha dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C_2003/2008 del 26 marzo 2009). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze del SMR, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimi-glianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V

195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato è tuttora abile in misura del 50% in ogni attività. Nella misura in cui l'UAI ha confermato il diritto dell'assicurato ad una mezza rendita d'invalidità (grado del 50%), la decisione dell'11 luglio 2008 deve, perciò, essere confermata. 2.8. L'assicurato ha chiesto al TCA l'allestimento di una perizia ad opera di esperto neutro (doc. I). Al proposito si osserva che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese; l'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente

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