

TI_GERICHTE 32.2011.258 vom 5. März 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-03-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.258

FR: TI_GERICHTE 32.2011.258 du 5 mars 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2011.258 del 5 marzo 2012

Regeste

Decisione di attribuzione di 1/4 di rendita limitata nel tempo, poi soppressa, non può essere confermata dal TCA, in mancanza di sufficienti approfondimenti in merito alla capacità lavorativa residua globale dell'interessato, tenuto conto di tutti i suoi disturbi nei vari ambiti medici. Rinvio atti

Erwägungen

E. 2.1

En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

E. 2.2

Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

E. 2.2.2

Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchssteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt *lite pendente* indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 ; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schewergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse.

E. 2.2.3

Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...)

E. 2.3

Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre

Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (ATF 137 V 232-233 e 236-237) Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l' invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell' ambito dell' assicurazione per l' invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell' occasione l' Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 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.(...) » 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). 2.11. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, questo Tribunale, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, ritiene che siano necessari ulteriori accertamenti per poter prendere una decisione con sufficiente cognizione di causa. Nonostante l'amministrazione abbia fatto eseguire una valutazione pluridisciplinare, questo Tribunale ritiene di non potersi fondare sul referto peritale dei medici del SAM del 31 maggio 2011 per stabilire quali siano i disturbi dell'interessato e l'influsso che gli stessi hanno sulla sua capacità lavorativa residua, per i motivi qui di seguito esposti. 2.11.1. Il TCA sottolinea, innanzitutto, che, dal profilo pneumologico, nel referto peritale globale del 31 maggio 2011, i redattori della perizia pluridisciplinare, dr.ssa _____ e dr. _____ del SAM, hanno così riassunto quanto indicato dal consulente pneumologo, dr. _____i, nel suo referto specialistico del 28 marzo 2011: " (...) l'assicurato è considerato non più idoneo per le professioni svolte in precedenza di muratore, pittore e piastrellista. Mantiene una capacità lavorativa completa per le attività sedentarie che non implicano sforzi fisici, con una dubbia capacità lavorativa residua per lavori fisici leggeri, eventualmente migliorabile in qualche

misura adottando una terapia specifica per la BPCO supportata da un programma di riabilitazione.” (Doc. 99-18) Il patrocinatore ha contestato la valutazione dei medici del SAM relativa ad una completa abilità lavorativa dell’assicurato in attività sedentarie, sostenendo che tale conclusione non corrisponderebbe a quanto indicato dal dr.

_____ nel suo referto peritale (doc. I). Al riguardo, il TCA rileva che, nel suo referto peritale del 28 marzo 2011, il dr. _____, dopo avere espressamente indicato che l’assicurato va considerato totalmente inabile al lavoro nelle sue precedenti attività di pittore, muratore e piastrellista (doc. 99-25), ha osservato: " Dal punto di vista valetudinario, visto che il paziente non è a beneficio di nessuna terapia specifica per la BPCO né ha usufruito di un’adeguata messa in atto di un programma di riabilitazione, risulta difficile esprimersi in via definitiva e con certezza sulla residua capacità lavorativa. Nelle condizioni attuali, senza misure terapeutiche adeguate, l’assicurato dal punto di vista medico teorico pneumologico non è da considerare abile al lavoro nelle precedenti attività di muratore, pittore o piastrellista. Solo un’attività sedentaria leggera è proponibile. Qualora le eventuali misure proposte non dovessero portare a nessun miglioramento della situazione respiratoria l’incapacità lavorativa diventerebbe persistente e confermerebbe un grado di invalidità del 100% per lavori fisici pesanti e medio pesanti. Dubbia rimane la possibilità di una capacità lavorativa teorica residua dal punto di vista pneumologico per lavori fisici leggeri. Questa non è valutabile in maniera adeguata mancando un’osservazione longitudinale dell’eventuale efficacia terapeutica.” (Doc. 99-25) Rispondendo poi alla domanda n. 8: “Ritiene che l’assicurato sia in grado di svolgere altre attività?”, il dr. _____ ha ribadito che “l’assicurato è attualmente completamente inabile al lavoro e sussiste solo una capacità lavorativa teorica per lavori sedentari. La valutazione della capacità lavorativa per lavori fisici leggeri risulta difficile in quanto il paziente presenta parallelamente un’insufficienza cardiaca ed un’obesità corporea. Qualora l’assicurato dovesse beneficiare in maniera positiva delle misure terapeutiche e profilattiche proposte, è ipotizzabile un eventuale miglioramento della capacità lavorativa per lavori fisici leggeri, difficilmente è ipotizzabile un cambiamento della capacità lavorativa per lavori fisici pesanti e medio pesanti” (doc. 99-26). Alla luce di quanto indicato dal dr. _____ nel suo referto peritale e in mancanza di ulteriori chiarimenti al riguardo, il TCA ritiene di non potere condividere, dal profilo pneumologico, quanto riassunto dalla dr.ssa _____ e dal dr. _____ nel referto peritale del 31 maggio 2011 in merito ad una presunta completa capacità lavorativa dell’interessato in attività sedentarie e che non implicino sforzi fisici, dato che lo specialista pneumologo si è limitato ad osservare che “sussiste solo una capacità lavorativa teorica per lavori sedentari”, senza quantificare la percentuale di questa teorica capacità lavorativa residua. Alla luce di questa carenza, di fondamentale importanza al fine della determinazione della percentuale di capacità lavorativa residua globale dell’assicurato in attività adeguate e, di conseguenza, del suo grado di invalidità, il TCA ritiene imprescindibile un complemento peritale volto a chiarire la questione. 2.11.2. Inoltre, il TCA rileva che globalmente, nel referto peritale del 31 maggio 2011, i medici del SAM hanno considerato l’interessato inabile al lavoro nella misura del 20% nello svolgimento di attività adatte, aggiungendo che “le percentuali di incapacità lavorativa per la patologia psichiatrica e per le patologie somatiche non devono essere sommate, perché le limitazioni si compensano vicendevolmente” (doc. 99-21). Il patrocinatore dell’assicurato ha contestato questa valutazione dei medici del SAM, ritenendo che “l’inabilità lavorativa derivante dalla patologia psichiatrica debba essere sommata all’inabilità lavorativa derivante dalle patologie fisiche. Del resto, l’evento (infarto al miocardio) del settembre

2010 ha ulteriormente inciso sulla condizione psichica del signor RI 1” (doc. I). Al riguardo, va qui ricordato che 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 ad 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 I 606/03 del 19 agosto 2005, 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. 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). Chiamato a pronunciarsi, il TCA rileva che, nel caso in esame, nel referto peritale del 31 maggio 2011, la dr.ssa _____ e il dr. _____ hanno ritenuto l’assicurato globalmente inabile al lavoro nella misura del 20% in attività adatte, aggiungendo che “le percentuali di incapacità lavorativa per la patologia psichiatrica e per le patologie somatiche non devono essere sommate, perché le limitazioni si compensano vicendevolmente”, senza tuttavia precisare se tale conclusione è stata presa dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. Inoltre, il TCA constata che anche nei singoli rapporti peritali stilati in ambito reumatologico, pneumologico, cardiologico e psichiatrico, i consulenti interessati non hanno affrontato tale questione, peraltro di fondamentale importanza al fine della determinazione del grado di inabilità lavorativa globale dell’interessato. Del resto, la necessità di una valutazione globale si rivela tanto più necessaria, ritenuto che il dr. _____, nel suo referto del 28 marzo 2011, ha espressamente indicato che la valutazione della residua capacità lavorativa dell’interessato in attività leggere “risulta difficile in quanto il paziente presenta parallelamente un’insufficienza cardiaca e un’obesità corporea” (doc. 99-26). In simili condizioni, secondo questo Tribunale non è possibile - senza prima procedere ad un complemento peritale atto a stabilire, dopo approfondita discussione plenaria fra tutti gli specialisti interessati (autori dei consulti peritali reumatologico-pneumologico-cardiologico-psichiatrico) il grado di inabilità lavorativa globale dell’interessato - concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell’assicurato giustifichi una capacità lavorativa globale del 1’80% in attività adatte, come stabilito nell’ambito della perizia pluridisciplinare del SAM e confermato dal dr. _____ del SMR. 2.11.3. Infine, questo Tribunale rileva che sia la valutazione psichiatrica peritale del dr. _____, sia quella cardiologica peritale del dr. _____, sono state contestate dagli specialisti curanti dell’assicurato, dr. _____ e dr. _____. Nonostante le critiche sollevate dal dr. _____ nel referto del 15 luglio 2011 (doc. 117/2-3), rispettivamente dal dr. _____ nei referti del 7 ottobre 2011 (doc. D) e del 2 dicembre 2011 (doc. E1), l’amministrazione si è limitata - sulla base del parere espresso dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____ del SMR (cfr. doc. 119-1, VI/1, XII/bis) e senza sottoporre le obiezioni degli specialisti curanti al vaglio dei consulenti autori dei referti peritali contestati – a considerare che gli scritti dei curanti non

fossero in grado di modificare le conclusioni peritali. Tenuto conto della necessità di rinviare gli atti all'amministrazione al fine di procedere ad un complemento istruttorio - comprendente anche, come appena esposto (cfr. consid. 2.11.2.), una approfondita discussione plenaria fra tutti gli specialisti interessati - il TCA ritiene indispensabile una presa di posizione da parte sia del dr. _____, sia del dr. _____, in merito agli scritti del dr. _____, rispettivamente del dr. _____, al fine di verificare se questi referti siano in grado di influire sulle valutazioni peritali degli aspetti cardiaci e psichiatrici.

2.12. Nella già citata sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.10.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. L'Alta Corte ha al riguardo sviluppato le seguenti considerazioni: "

(...) 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung

finanziato, non un adeguato motivo per questo. Tuttavia si preme, che la Commissione di ricorso nel caso di specie ha chiesto un parere di un medico (nel procedimento amministrativo di altro grado) in merito a un fatto medico in generale per un parere di fatto che è necessario o se un'expertise amministrativa in un punto rilevante non è convincente (cfr. la critica alla precedente prassi di revoca di Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). La pertinente acquisizione di prova avviene prima della - successivamente riformatoria - Commissione di ricorso stessa invece che attraverso una revoca alla Amministrazione. Una revoca alla IV-istanza rimane invece possibile, se essa è fondata nella necessaria acquisizione di un fatto finora completamente sconosciuto. Inoltre rimane al tribunale cantonale (sotto l'aspetto delle garanzie procedurali) un dovere, di rinviare una causa, se solo una chiarificazione, precisazione o integrazione di fatti necessari è (come ad esempio nel caso della sentenza 9C_646/2010 del 23 febbraio 2011 E. 4; cfr. anche SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009). (ATF 137 V 263-265) Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento (" Chiarificazione, precisazione o integrazione di fatti necessari ") , si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata . La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarico retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento a livello pneumologico, da parte del dr. _____, inteso a delucidare la questione della capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività sedentarie. L'Ufficio AI dovrà inoltre attuare un approfondimento a livello cardiologico, a cura del dr. _____ e uno a livello psichiatrico, affidato al dr. _____, inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione effettuerà una valutazione globale di tutte le patologie di cui soffre l'assicurato, debitamente motivata, e si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita. La richiesta di audizione testimoniale del dr. _____ (doc. X), così come quella di espletamento di una perizia giudiziaria pluridisciplinare e di una prova di carico di lavoro formulata dal patrocinatore dell'interessato (doc. VIII e doc. X) sono quindi superate dal rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti di natura medica.

2.13. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

E. 2.4

e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° febbraio 2011. 2.8. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha ritenuto opportuno far esperire una perizia pluridisciplinare affidata ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), pneumologica (dr. _____), cardiologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). L'aspetto reumatologico è stato valutato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 7 febbraio 2011, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "1. sindrome lombospondilogenica recidivante dal 1980 circa con modiche alterazioni degenerative

(incipiente discopatia L4/L5 e L5/S1) senza neurocompressione; modiche alterazioni della statica (appiattimento delle curve fisiologiche); 2. periartropatia omeroscapolare tendinotica bilaterale dal 2007 circa su DD: impingement nell'ambito di un'artrosi acromioclavicolare con osteofiti (DISH); 3. rigidità delle mani su DD: incipiente cheiroartropatia diabetica; possibile incipiente rizartrosi a destra", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di "lieve sindrome dolorosa intermittente residua alla caviglia sinistra dopo trauma in supinazione nel 1999; modiche alterazioni degenerative cervicali anamnestiche C5/C6 e C6/C7 (valutazione dr. _____ 24.9.2009); DISH (iperostosi idiopatica diffusa); esiti da distrofia di crescita di Scheuermann" (doc. 99/32-33). Il dr. _____ ha rilevato che, rispetto alla sua precedente valutazione dell'aprile 2008, la situazione alla colonna vertebrale e alle spalle è rimasta invariata, mentre è insorto un nuovo problema legato ad una rigidità delle mani. Lo specialista ha quindi indicato che "nella valutazione della capacità lavorativa si terrà dunque conto del lieve peggioramento legato ai problemi alle mani" (doc. 99-33). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l'assicurato abile al lavoro a tempo pieno, ma con un rendimento ridotto del 30%, nella sua ultima attività di manovale (doc. 99-33), ritenendolo invece abile al lavoro a tempo pieno e con una riduzione del rendimento del 10% in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 99-34). L'aspetto pneumologico è invece stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in malattie polmonari e Capo-Servizio del Servizio di pneumologia dell'Ospedale regionale di _____, il quale, nel suo referto del 28 marzo 2011, poste le diagnosi di "BPCO stadio GOLD II-III; tabagismo; obesità corporea BMI 30", ha considerato l'assicurato, dal profilo strettamente pneumologico, inabile al lavoro al 100% per i lavori precedentemente svolti di pittore, muratore e piastrellista (doc. 99-25). Il dr. _____ ha sottolineato che l'assicurato "è noto per una BPCO GOLD II già diagnosticata nel 2008. Purtroppo si constata ora dal punto di vista funzionale un significativo peggioramento con una diminuzione ulteriore dei parametri funzionali con un valore del FEV1 ora massimo del 50% (precedentemente del 63% con ancora parziale reversibilità)" (doc. 99-24). Lo specialista ha aggiunto che "trattasi di un peggioramento dovuto alla BPCO che attualmente non è convenientemente trattata e per la quale inoltre l'assicurato non ha ridotto il consumo tabagico persistente da oltre 30 anni anche se ridotto dal 2006" (doc. 99-24). Il dr. _____ ha spiegato che "la BPCO valutabile in uno stadio II-III secondo GOLD si manifesta con la dispnea allo sforzo alla quale tuttavia concorrono sicuramente sia l'obesità corporea, che l'insufficienza cardiaca dopo il recente evento ischemico (FE 40%)" (doc. 99-25). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha ritenuto che "visto che il paziente non è a beneficio di nessuna terapia specifica per la BPCO né ha usufruito di un'adeguata messa in atto di un programma di riabilitazione, risulta difficile esprimersi in via definitiva e con certezza sulla residua capacità lavorativa", aggiungendo che "nelle condizioni attuali, senza misure terapeutiche adeguate, l'assicurato dal punto di vista medico teorico pneumologico non è da considerare abile al lavoro nelle precedenti attività di muratore, pittore e piastrellista. Solo un'attività sedentaria leggera è proponibile. Qualora le eventuali misure proposte non dovessero portare a nessun miglioramento della situazione respiratoria, l'incapacità lavorativa diventerebbe persistente e confermerebbe un grado di invalidità del 100% per lavori fisici pesanti e medio pesanti. Dubbia rimane la possibilità di una capacità lavorativa teorica residua dal punto di vista pneumologico per lavori fisici leggeri. Questa non è valutabile in maniera adeguata mancando un'osservazione longitudinale dell'eventuale efficacia terapeutica" (doc. 99-25). L'aspetto cardiologico è stato approfondito dal dr. _____,

specialista FMH in cardiologia e Capo-Servizio del Servizio di cardiologia e angiologia dell'Ospedale regionale di _____, il quale, nel suo referto del 12 maggio 2011, ha posto le diagnosi di "1. coronaropatia aterosclerotica trivasale con esiti di infarto infero posteriore trattato con PCI primaria e posa di stent su RCA e PTCA e posa di stent sul RIVA prossimale, 8/2006; esiti di PTCA stenting di una stenosi subtotale del ramo marginale, 30.01.2008; esiti di infarto inferiore con episodio di fibrillazione ventricolare in fase acuta su occlusione acuta dell'arteria coronarica destra trattata con PTCA stenting il 24.8.2010; 2. lieve dilatazione e disfunzione sistolica moderata con frazione di eiezione al 40%; 3. diabete mellito tipo II non insulino richiedente; 4. abuso nicotinic" (doc. 99-42). A proposito della capacità lavorativa, il dr. _____ ha rilevato che "gli sforzi fisici intensi vanno evitati per non sovraccaricare il cuore e in quanto potenzialmente possono indurre delle aritmie ventricolari pericolose. Lo stesso vale per gli sforzi fisici moderati a intensi se prevalentemente di tipo isometrico. Le professioni di muratore, imbianchino e piastrellista svolte in passato non sono attualmente più esigibili e da evitare al 100%. Vanno inoltre evitate tutte le attività lavorative che si svolgono in situazioni pericolose (su ponteggi, in equilibrio, in vicinanza di macchinari pericolosi) nel caso di una perdita di equilibrio e/o conoscenza e va anche considerato non idoneo alla guida professionale" (doc. 99-44). Il dr. _____ ha aggiunto che "la diminuzione della capacità lavorativa in queste professioni non potrà essere reintegrata con degli interventi terapeutici specifici, sarà però possibile effettuare dei provvedimenti di reintegrazione professionale in quanto l'assicurato dispone di risorse per lo svolgimento di attività con impegno fisico leggero a moderato al 100%" (doc. 99-44). L'aspetto psichico è, infine, stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 15 febbraio 2011, ha posto la diagnosi di "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD10-F33.0)" (doc. 99-39). Il dr. _____ ha indicato che "la sintomatologia è insorta nel 2008 dopo la perizia SAM e dopo aver saputo che non gli è stata riconosciuta la rendita d'invalidità" (doc. 99-39). Lo specialista ha indicato di non concordare "con la diagnosi posta dal collega _____ nel suo rapporto del 12.06.2009, il quale ha fatto riferimento ad una depressione maggiore. Alla luce della valutazione clinica attuale si constata una chiara tendenza del soggetto ad assumere un comportamento passivo e pseudoregressivo. Prova di questo è la constatazione di aspetti clinici contrastanti che provano che ancora egli conservi le funzioni cognitive e volitive, come ad esempio il fatto di uscire e leggere il giornale, il fatto di guardare la televisione ogni giorno, il fatto di lamentarsi di non avere erezione, ma di avere ancora desiderio e il fatto di guidare la macchina" (doc. 99-39). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 20% per ragioni psichiatriche (doc. 99-40). A proposito dell'evoluzione dello stato di salute dell'interessato, il dr. _____ ha rilevato che "il quadro psicopatologico è insorto nel corso del 2008. Stando ai rapporti del collega dr. _____, solo dal mese di maggio del 2009 ha presentato un'incidenza sulla sua capacità lavorativa. In linea teorica dal 1.5.2009 al 30.9.2009 ha presentato un'incapacità lavorativa nella misura del 50%. Dal 1.10.2009 presenta un'incapacità lavorativa nella misura del 20% come tuttora. La prognosi è stazionaria" (doc. 99-40). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 31 maggio 2011, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell'assicurato presso il citato centro d'accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "1. sindrome lombospondilogenica recidivante dal 1980 circa con modiche alterazioni degenerative (incipiente discopatia L4-L5 e L5-S1) senza neurocompressione; modiche

alterazioni della statica (appiattimento delle curve fisiologiche); 2. periartropatia omeroscapolare tendinotica bilaterale dal 2007 circa con DD: impingement nell'ambito di un'artrosi acromioclavicolare con osteofiti (DISH); 3. rigidità alle mani con DD. Incipiente cheiroartropatia diabetica; possibile incipiente rizartriosi a destra; 4. coronaropatia aterosclerotica trivasale con esiti di infarto infero posteriore trattato con PCI primaria e posa di stent su RCA e PTCA e posa di stent sul RIVA prossimale (agosto 2006); esiti di PTCA stenting di una stenosi subtotale del ramo marginale (30.1.2008); esiti di infarto inferiore con episodio di fibrillazione ventricolare in fase acuta su occlusione acuta dell'arteria coronarica destra trattata con PTCA stenting (24.8.2010); 5. lieve dilatazione e disfunzione sistolica moderata con frazione di eiezione al 40%; 6. BPCO stadio GOLD II-III; 7. sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado lieve (ICD10-F33.0)", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di "lieve sindrome dolorosa intermittente residua alla caviglia sinistra in esiti di trauma in supinazione nel 1999; modiche alterazioni degenerative cervicali C5-C6 e C6-C7; DISH (iperostosi scheletrale idiopatica diffusa); esiti di disturbi di crescita di Scheuermann; diabete mellito tipo II non insulino richiedente; tabagismo cronico persistente; obesità (BMI 30)" (doc. 99/15-16). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro nelle precedenti attività di muratore, pittore, piastrellista e in ogni altra attività fisicamente impegnativa (doc. 99-20), ma abile al lavoro all'80%, dal 1° novembre 2010, in attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 99-22). I medici del SAM hanno sottolineato che, in attività leggere adatte, "la capacità lavorativa residua è calcolata nel modo seguente: 90% da agosto 2008 (precedente perizia SAM) ad aprile 2009; 50% dal 1° maggio 2009 al 30 settembre 2009; 80% dal 1° ottobre 2009 al 23 agosto 2010; 0% dal 24 agosto 2010 al 31 ottobre 2010; 80% dal 1° novembre 2010" (doc. 99/21-22). Infine, i medici del SAM hanno precisato che "le percentuali di incapacità lavorativa per la patologia psichiatrica e per le patologie somatiche non devono essere sommate, perché le limitazioni si compensano vicendevolmente" (doc. 99-21). Nel rapporto medico del 7 giugno 2011, il dr. D. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha confermato le percentuali di incapacità lavorativa dell'interessato stabilite dai medici del SAM (doc. 101-3). In sede di osservazioni contro il progetto di decisione del 10 giugno 2011, l'assicurato ha trasmesso all'UAI un certificato medico del dr. _____, spec. FMH in cardiologia, datato 15 luglio 2011, indirizzato all'avv. _____, del seguente tenore: " In seguito alla sua richiesta del 5 luglio 2011 inerente il signor RI 1 rispondo alle sue domande. 1-2-3 Premetto che ho visitato il signor _____ l'ultima volta in data 21.12.2010 all'occasione della fine del percorso riabilitativo presso l'Ospedale _____. A tutt'oggi non ho elementi nuovi da aggiungere a quanto già espresso nei miei rapporti e certificati precedenti già in suo possesso ma che volentieri le trasmetto nuovamente.

E. 2.7

Nelle decisioni dell'8 settembre 2011, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita di invalidità (grado AI del 41%) dal 1° agosto 2009 al 31 dicembre 2009 e un quarto di rendita di invalidità (grado AI del 43%) dal 1° settembre 2010 al 31 gennaio 2011, sopprimendola poi a partire dal 1° febbraio 2011, ritenuto il miglioramento dello stato di salute dell'interessato, il quale, a partire dal mese di novembre 2010, presenterebbe una capacità lavorativa dell'80%, con un conseguente grado di invalidità del 36% (doc. A). Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3.,

E. 3.1

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

E. 3.2

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

E. 3.3

En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de

travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è 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 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art.

E. 4

Dal punto di vista cardiologico la prognosi ad vitam non dovrebbe essere significativamente limitata, per quanto concerne invece la qualità di vita è evidente che la malattia cardiaca, la farmacoterapia importante ed anche il carico psicologico negli ultimi anni rappresenteranno un elemento di perenne e probabilmente inguaribile desicurezza e debolezza psicofisica. 5-6 Sicuramente il signor RI 1 è da ritenersi inabile al lavoro al 100% per la sua precedente professione e questo in quanto la funzione sistolica è ridotta nell'ambito di un rimodellamento cardiaco non favorevole sul quale si è accanito un ulteriore evento infartuale acuto nell'agosto ultimo scorso. Questa riduzione della funzione sistolica con significativo tessuto cicatriziale e volumi intracavitari aumentati nonché l'importante farmacoterapia precludono al paziente l'esecuzione di lavori fisici anche modesti nonché attività in situazioni che possono rappresentare un pericolo per se stessi e per gli altri come per esempio guidare o trovarsi su delle impalcature rispettivamente svolgendo delle attività in condizioni climatiche estreme (troppo caldo – troppo freddo) o con turni di lavoro irregolari e notturni. Lavori più leggeri sono sicuramente esigibili, penso che però essi si possono limitare veramente a lavori di ufficio, non da ultimo anche per la limitata capacità di concentrazione e la forte affaticabilità che il paziente ha dimostrato anche durante il programma di riabilitazione e che in buona parte sono imputabili all'importante ma necessaria farmacoterapia in atto.

E. 7

Fondamentalmente sono d'accordo con quanto espresso dal dr. _____.

Personalmente, come già espresso sopra, tenderei a limitare l'esigibilità lavorativa, veramente verso lavori molto semplici, di ufficio, che non richiedono particolari

responsabilità. Da quanto abbiamo potuto appurare durante le sedute di riabilitazione, il paziente effettivamente fa fatica a concentrarsi su un compito rispettivamente su un'attività e si affatica precocemente. Certamente le esperienze vissute hanno giocato un ruolo molto negativo, in particolare l'ultimo infarto con la fibrillazione ventricolare. Questo spiega anche la desecurizzazione del paziente e il suo concentrarsi unicamente sulla situazione del suo cuore. Ribadisco inoltre l'effetto della farmacoterapia che sicuramente incide sulla capacità fisica e di concentrazione e mette il paziente a rischio di sanguinamento qualora dovesse svolgere attività con anche piccoli traumi (terapia che dovrà assumere per tutta la vita).

E. 8

Il signor RI 1 ha sicuramente vissuto un decorso cardiologico complicato sfortunatamente eccezionale e l'evento cardiaco dell'agosto 2010 ha rappresentato una sorta di "colpo di grazia" sulla salute psicofisica del paziente. Da un lato la trombosi dello stent lo obbligherà ad assumere una doppia antiaggregazione con conseguente aumento del rischio emorragico. L'elemento più importante è però l'esperienza che si vive dopo una fibrillazione ventricolare quindi di fatto un arresto cardiaco da cui si viene rianimati. Infatti, anche se poi i parametri numerici possono migliorare e tecnicamente dal punto di vista anatomico la situazione di perfusione cardiaca è ristabilita in quanto tutte le arterie sono nuovamente aperte, è evidente che tale esperienza incide sul paziente in modo drammatico portandolo ad una perenne desecurizzazione e una continua concentrazione sulla sua situazione cardiaca con continui stati di ansia appena si percepisce qualcosa a livello del cuore. Questo elemento è ben conosciuto e lo incontro spesso nei pazienti rianimati; è certamente meno quantificabile e meno oggettivabile ma credo sia sbagliato non considerarlo nella valutazione della capacità lavorativa. D'altro canto una ripresa di una certa attività lavorativa potrebbe avere anche un effetto terapeutico su questo aspetto dando di nuovo al paziente una certa sicurezza e una certa autostima, per le ragioni esposte sopra però penso che tale attività deve essere limitata a lavori semplici e d'ufficio e esigibili al massimo al 50% del tempo totale di lavoro. Non dobbiamo infine dimenticare che proprio a seguito di queste preoccupazioni del suo stato dell'abilità lavorativa il paziente ha mostrato anche durante la riabilitazione evidenti segni depressivi, tali addirittura da non permettere un regolare svolgimento delle attività. Non solo, ma questo stato depressivo ha certo contribuito anche all'intraprendere nuovamente uno stile di vita assolutamente poco cardioprotettivo, in particolare ricominciando a fumare. Queste sono reazioni piuttosto frequenti che notiamo nei nostri pazienti quando subentra una sintomatologia depressiva soprattutto se reattiva a un'insicurezza psicosociale." (Doc. 117/2-3) A fronte di tale referto, nelle sue annotazioni del 26 luglio 2011, il dr. _____ del SMR ha osservato: " Vedi nota SMR del 7.6.2011 Attuale rapporto dr. _____ del 15.7.2011 Valutazione: dall'attuale rapporto del dr. _____ non risulta una modifica dello stato di salute dell'assicurato. Egli esprime una differente valutazione." (Doc. 119-1) 2.9. In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato la decisione dell'UAI di soppressione delle prestazioni a partire dal 1° febbraio 2011, trasmettendo al TCA un referto del dr. _____, datato 7 ottobre 2011 e indirizzato al suo patrocinatore, del seguente tenore: " Ho esaminato di nuovo il paziente succitato in data 4 agosto. Di questo paziente è stato già scritto molto e mi permetto di rispondere in maniera molto succinta. La condizione psichica del paziente – in buona parte reattiva all'impedimento oggettivo nell'attività lavorativa nella sua professione – ha presentato un pesante sviluppo depressivo rilevato già nel mese di settembre 2010 con crescente tensione intrapsichica e sviluppo di ideazione persecutoria con un progressivo danno rilevabile

nell'evidente alterazione delle funzioni dell'Io ed è evidente che nell'arco di questi tre anni non sono state realizzate le misure contemplate nella LAI ("art. 1: ... di prevenire, ridurre o eliminare l'invalidità mediante provvedimenti di integrazione adeguati, semplici e appropriati; compensare le conseguenze economiche permanenti dell'invalidità mediante un'adeguata copertura del fabbisogno vitale; aiutare gli assicurati interessati a condurre una vita autonoma e responsabile"). Dalle perizie a cui è stato sottoposto non sono state fatte delle proposte concrete per ridurre il danno e, inoltre, la discrepanza delle opinioni tra il cardiologo curante e il perito si è disciolta dopo l'infarto nel mese di settembre 2010, purtroppo a favore del cardiologo curante. Questo evento ha ulteriormente inciso sulla condizione psichica (la quale era già di un tenore notevole limitando le possibilità reintegrative) e come tale mi sembra più come una patologia che si somma a quelle cardiache, ortopediche e metaboliche; in particolare a quelle cardiache poiché molti psicofarmaci sono controindicati nei disturbi di ritmo. Quindi, in conclusione, specifico quanto segue: - il paziente presenta un grave quadro depressivo con perdita di autostima, perdita di interesse, piacere ed energia, è pervaso d'ansia, l'umore è più irritabile che triste, con rabbia e frustrazione, manca l'appetito, il sonno è caratterizzato da risvegli notturni e risveglio mattutino precoce, fatica a organizzare il pensiero e a concentrarsi ed è incapace a prendere le decisioni e di pianificare. Sono frequenti i pensieri di morte e in particolare dopo l'esperienza dell'ischemia avvenuta in un contesto particolare quando è stato dichiarato abile al lavoro contrariamente al parere del cardiologo curante. La sua delusione si è fatta così più intensa ed egli si è trovato "tradito", incompreso ed abbandonato. Questa patologia chiaramente incide sulle sue capacità cognitive, organizzative, decisionali ed esecutive. - Questo peggioramento è avvenuto nel mese di settembre del 2010 in concomitanza con l'ischemia cardiaca e persiste a tutt'oggi. - La diagnosi è F32.2 Episodio depressivo maggiore di grave entità (non privo di alcuni sintomi psicotici e precisamente in forma di false convinzioni che si tratti di una persecuzione). Se la sintomatologia paranoide dovesse intensificarsi, il codice diagnostico sarebbe F32.3 Depressione grave con sintomi psicotici. - Ritengo il paziente, dal punto di vista psichiatrico, completamente inabile al lavoro dal mese di settembre 2010 ad oggi, in un'attività qualsiasi poiché presenta le menomazioni nella capacità organizzativa, decisionale, esecutiva e cognitiva ed è incapace a fare capo alle proprie risorse. - La valutazione del dr. _____ non corrisponde agli aspetti longitudinali e sebbene egli indica l'esistenza di un disturbo depressivo ricorrente, non indica il grado corretto dell'episodio depressivo. - L'incapacità lucrativa deriva da un particolare sinergismo della patologia cardiaca invalidante e ingravescente (come lo dimostra il decorso e l'incidente ischemico del mese di settembre) e quella psichiatrica. Quest'ultima si amplifica con i sintomi somatici e l'ansia si incrementa in modo incontrollabile e di conseguenza va sommata alla patologia cardiaca, metabolica e ortopedica. Inoltre, questa patologia impedisce un qualsiasi tentativo di reintegrazione e/o riqualifica professionale. - Vista la gravità dell'affezione, nonché l'anamnesi familiare e soprattutto lo stato generale attuale, la prognosi è infausta." (Doc. D) Nelle annotazioni mediche del 3 novembre 2011, il dr. _____ del SMR e la dr.ssa _____, psichiatra del SMR, hanno rilevato: " La nuova documentazione medica redatta dal dr. _____ il 7.10.2011 cita la presenza di un episodio depressivo grave a partire dal settembre 2010 e tuttora presente. È da rilevare che nel suo precedente certificato del 14.10.2010 il dr. _____ riportava una diagnosi di disturbo depressivo di gravità media e non grave come ora sostiene. L'assicurato è stato valutato a livello psichiatrico dal dr. _____ (visita del 14.02.2011) in corso di perizia SAM, il quale ha concluso per la

presenza di un episodio depressivo lieve nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente (F33.0). Il perito argomenta le motivazioni mediche che lo hanno portato a discostarsi dalla diagnosi del medico curante per quanto riguarda la gravità del disturbo (presenza di funzioni cognitive e volitive conservate). Il dr. _____ nella sua ultima documentazione non riporta quali siano le motivazioni a livello medico che lo portino a discostarsi per quanto riguarda la determinazione della CL rispetto a quella esposta dal dr. _____. Per tali motivi si ritiene che dal punto di vista medico non vi siano elementi che possano modificare la precedente valutazione basata sull'accertamento effettuato dal SAM del 31.5.2011." (Doc. VI/1) Con scritto del 2 dicembre 2011, indirizzato al patrocinatore dell'assicurato, il dr. _____ ha osservato: " Ho esaminato di nuovo il paziente succitato in data odierna e l'ho trovato peggiorato: l'apatia è più marcata ed è evidente che ci troviamo di fronte a un paziente fortemente impedito e incapace di riprendere un'attività qualsiasi. Mi sorprende la frase "il dr. _____ nella sua ultima documentazione non riporta quali siano le motivazioni a livello medico che lo portino a discostarsi per quanto riguarda la determinazione della CL rispetto a quella esposta dal dr. _____." Ho riletto la mia lettera e mi sembra di avere motivato in maniera chiara il mio parere sulla capacità lavorativa. Mi sono permesso di sottolineare le motivazioni e le rimando la copia. Se queste non sono motivazioni sufficienti allora non mi resta che concludere che la perizia del dr. _____ è altrettanto priva di una qualsiasi motivazione. Aggiungo soltanto che un trattamento, anche intenso, non offre alcuna possibilità di ridurre le menomazioni descritte." (Doc. E1) Nelle annotazioni mediche del 13 dicembre 2011, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno rilevato: " 02.12.2011 lettera dr. _____: Ha nuovamente esaminato il paziente il giorno della stesura della sua lettera: lo definisce peggiorato nel senso di un'apatia più marcata. Ribadisce la sua precedente posizione. Non vengono segnalati ulteriori elementi medici che permettano di discostarsi dalla precedente valutazione basata sulla perizia SAM, perizia che ha valutato l'assicurato in modo completo, comprendente anche una valutazione pneumologica e cardiologica." (Doc. XII/bis) 2.10. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in

der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla

CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione 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 (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: "

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