

TI_GERICHTE 32.2011.28 vom 15. Dezember 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-12-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.28

FR: TI_GERICHTE 32.2011.28 du 15 décembre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2011.28 del 15 dicembre 2010

Regeste

Macchinista di treni merci lavora al 50% perché inabile al 50%. Per perito c'è abilità lavorativa totale con rendimento ridotto del 30%. Certificati dei medici curanti scarsi. La perizia è completa. Raffronto percentuale dei redditi: abilità al 70% come macchinista dà AI = 30%

Erwägungen

E. 1

LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. In virtù dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per determinare l'invalidità dell'assicurato che esercita un'attività lucrativa è applicabile l'articolo 16 LPGa. Il Consiglio federale definisce il reddito del lavoro determinante per valutare l'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall' allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle

circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174 resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione). 5. Dal lato medico, il perito reumatologo incaricato dall'Ufficio AI ha accertato nel gennaio 2010 (doc. 24 AI) che, in considerazione del quadro reumatologico constatato, la capacità lavorativa nella professione di macchinista di linea di treni merci era del 100%, ma con una diminuzione del rendimento del 30%, a partire dal 4 giugno 2007. La capacità residua in attività adatte al suo stato di salute attuale, in un'attività che tenesse pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua descritta mediante una tabella, era del 100% sempre dal 4 giugno 2007. Sulla scorta del rapporto medico del 14 aprile 2010 (doc. 26 AI) del dr. med. _____ attivo presso il Servizio Medico Regionale e del rapporto finale del 17 maggio 2010 (doc. 31 AI) e del 22 novembre 2010 (doc. 48 AI) del consulente in integrazione professionale, con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha ritenuto corretta la valutazione eseguita dal reumatologo incaricato, perciò l'ha riconfermata e così pure il rifiuto ad una rendita d'invalidità a seguito del confronto fra il reddito da valido nel 2008 (Fr. 111'357.-) e quello da invalido (Fr. 77'950.-), che ha dato luogo ad un'incapacità di guadagno - e quindi un grado AI - del 30%. Secondo l'assicurato, il perito reumatologo non ha ben valutato la sua situazione, ossia non ha considerato tutte le incombenze a cui è sottoposto nello svolgimento dell'attività di macchinista di treni merci. A sostegno della fondatezza della sua affermazione, il ricorrente ha fatto riferimento al referto del 25 gennaio 2011 della dr. med. _____ (doc. A4), suo medico curante. Inoltre, l'interessato ha ricordato che un altro servizio medico, _____, l'ha dichiarato inabile al 50% a compiere la precedente attività e ha allegato un modello del profilo dello stress fisiologico (doc. A6) a cui è sottoposto un macchinista nell'espletamento della sua attività. Da ultimo, l'assicurato ha menzionato le attività specifiche di cui si deve occupare quale macchinista di treni merci, mansioni che, a suo dire, il perito non ha considerato: agganciare e sganciare le locomotive, ricoverare i treni in stazioni, camminare su terreni sconnessi per lunghe distanze tutti i giorni lavorativi, salire e scendere spesso dalle locomotive, camminare durante qualsiasi turno di lavoro e in qualunque condizione meteorologica. 6. A seguito della domanda di prestazioni AI dell'11 gennaio 2008 (doc. 1 AI), l'amministrazione ha immediatamente provveduto a richiamare l'incarto LAINF - visto che i problemi alla spalla sinistra sarebbero sorti dall'infortunio del 2006 che, però, il 18 maggio 2009 (doc. 143 LAINF) questo stesso Tribunale non ha qualificato (giuridicamente) come tale - e l'incarto per la perdita di salario (doc. 12 AI), ed ha sottoposto l'intera documentazione raccolta al dr. med. _____, medico generico FMH, attivo presso il Servizio medico Regionale. Quest'ultimo, ritenuto che non v'era agli atti una valutazione delle funzioni organiche limitate e neppure dei limiti funzionali, il 13 novembre 2009 (doc. 22 AI) ha ritenuto indispensabile far eseguire una perizia reumatologica che descrivesse l'evoluzione delle patologie osteomuscolari, nonché definisse la capacità lavorativa in attività adeguata. Il 24 novembre 2009 (doc. 23 AI) l'Ufficio AI ha quindi fissato per il 18 gennaio 2010 un accertamento medico ambulatoriale presso un reumatologo. Nel rapporto peritale del 18 gennaio 2010 (doc. 24 AI) il dr. med. _____, specialista FMH reumatologia e medicina interna, ha indicato di avere visitato l'interessato quello stesso giorno. L'esperto si è basato sulla documentazione messa a sua disposizione, sui dati anamnestici richiesti, sull'esame clinico e sulle indagini radiologiche che egli stesso ha realizzato. Il perito ha esposto l'anamnesi personale, sistematica e sociale dell'assicurato, come pure i dati soggettivi (l'interessato lamentava dolori lombari specialmente

caricodipendenti, e dopo sforzi, sordi, non notturni, talvolta appariscenti deambulando in discesa, maggiormente da seduto, di meno in posizione eretta. Egli avvertiva dolori alla spalla sinistra quando era umido e freddo, quando caricava le braccia oltre i 10 kg, dolori appariscenti anche quando scendeva dalla locomotiva. Al polso sinistro, sotto sforzo, avvertiva dolori intermittenti soprattutto alla flessione. Agli arti inferiori l'interessato registrava dolori anteriori alle ginocchia, bilaterali, come fitte, al movimento, soprattutto all'avvio, in diminuzione camminando, talvolta anche con fitte improvvise a tal punto di avere dei cedimenti; preferiva deambulare in salita piuttosto che in discesa. Infine, alla caviglia destra, che ha subito una distorsione nel 1998, percepiva dolori meteo dipendenti ed oggettivi (il perito ha effettuato un esame reumatologico della colonna vertebrale e delle articolazioni periferiche). Lo specialista ha anche eseguito un esame neurologico e degli esami radiologici della colonna lombare, dei polsi, delle ginocchia e delle caviglie. In virtù di quanto precede, il perito ha posto la diagnosi di periartropatia omeroscapolare a sinistra in noto acromion di tipo Bigliani II ed in rottura della cuffia rotatoria anamnestica; dolori cronici caricodipendenti al polso sinistro su possibile lesione del legamento scafolunato a sinistra; poliartrosi delle dita, accentuata all'articolazione interfalangea distale V a sinistra; iniziale gonartrosi bilaterale; sindrome lombovertebrale cronica recidivante in: discopatia bisegmentale lombare (osteocondrosi con spondilosi anteriore L4/L5, condrosi dorsale L5/S1), disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa toracolombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso 90,5 kg / statura 164,5 cm). Concludendo, nella sua valutazione il reumatologo ha riassunto gli eventi occorsi all'assicurato (1998: trauma distorsivo alla colonna cervicale; 2002: infortunio con insorgenza di dolori alla spalla sinistra peggiorati dopo un ulteriore infortunio cadendo dalla moto nell'agosto 2007) e per la spalla sinistra ha rilevato che il medico curante, dopo una risonanza magnetica nel febbraio 2007, ha individuato una rottura della cuffia rotatoria. L'assicurato, che continuava a sottoporsi a sedute di fisioterapia per la spalla sinistra, lamentava dolori meteo dipendenti, in aumento sotto carico. All'esame clinico la spalla sinistra si presentava con un minimo deficit funzionale di circa 10° alla flessione passiva con dolori a fine corsa, con ulteriori escursioni libere ai movimenti, ma con dolori a fine corsa alla rotazione interna ed esterna, senza a quel momento sintomatologia di attrito. Ai test resistivi per la cuffia rotatoria v'era una diminuita forza resistiva al muscolo sottospinato sinistro, riferito dolorante; a quel momento, l'interessato non presentava dolori alla colonna cervicale, che risultava moderatamente limitata alle rotazioni globali bilaterali, minimamente alle lateroflessioni passive bilaterali, senza dolori, in ipercifosi della dorsale con protrazione del capo; erano assenti deficit cervicoradicolarari. Al polso sinistro, l'assicurato lamentava dolori intermittenti caricodipendenti soprattutto alla flessione, la mobilità passiva appariva libera e simmetrica anche se con dolori a fine corsa all'iperestensione del polso sinistro. Dalle radiografie dei polsi bilaterali in due proiezioni attuali, risultava una possibile diastasi tra osso lunato e scafoideo a sinistra, come eventuale indizio per una lesione legamentare che andrebbe ulteriormente concretizzata tramite un'artroresonanza magnetica del polso sinistro. Le articolazioni delle dita mostravano un ingrossamento dei contorni articolari, in particolare alle articolazioni interfalangee distali, accentuato all'articolazione interfalangea distale V a sinistra. Nel 2007 l'assicurato era già stato in cura reumatologica specialistica per una sindrome lombovertebrale cronica recidivante; anche al momento della valutazione peritale persistevano dolori lombari sordi caricodipendenti, talvolta deambulando in discesa, maggiormente appariscenti stando seduto, di meno in piedi; in scoliosi sinistroconvessa toracolombare, manto muscolare

decondizionato, in assicurato in sovrappeso di oltre 20 kg, la mobilità del rachide lombare appariva moderatamente limitata ai movimenti attivi e passivi in ogni direzione, con dolori appariscenti al passaggio lombosacrale, specialmente quando l'assicurato si rialzava da anteflessione del tronco, indizio clinico per un'instabilità segmentale; la radiografia della colonna lombare evidenziava una scoliosi sinistroconvessa, con osteocondrosi, spondilosi anteriore L4/L5 e con condrosi dorsale L5/S1; l'esame neurologico cursorio ha evidenziato assenti i riflessi achillei bilaterali anche sotto manovra di rafforzamento, senza deficit motori con manovra di Lasègue negativa. Nel 2000 apparivano dolori alle ginocchia bilaterali; nel 2010 persistevano gonalgie anteriori come fitte, soprattutto all'avvio, al movimento, in diminuzione camminando, talvolta improvvise, a tal punto che venivano accompagnate da cedimenti soprattutto alla deambulazione in discesa. All'esame clinico le ginocchia risultavano stabili, senza segni meniscali, con deficit flessorio ed estensorio, con sfregamento femoropatellare bilaterale indicante una possibile artrosi femoropatellare bilaterale; le radiografie delle ginocchia evidenziavano minimi segni di gonartrosi bilaterale. Dalla distorsione della caviglia destra nel 1998 persistevano dolori meteo dipendenti con, all'esame clinico, supinazione passiva minimamente limitata ma indolore; la radiografia delle caviglie non mostrava alterazioni osteoarticolari di rilievo. Stanti le esposte condizioni fisiche, dal profilo terapeutico il perito ha ritenuto sicuramente auspicabile una correzione del sovrappeso corporeo per diminuire il carico sul passaggio lombosacrale rispettivamente sulle articolazioni delle estremità inferiori, e per migliorare la statica a riposo delle spalle. Il calo ponderale avrebbe permesso all'assicurato di procedere con un ricondizionamento progressivo del manto muscolare addominale e paraspinale lombare per aumentare la resistenza agli sforzi fisici. Rispondendo ai quesiti sottopostigli dall'amministrazione riguardo alle conseguenze sulla capacità di lavoro e sulla capacità d'integrazione dell'assicurato, il reumatologo ha giudicato come lavoro adatto allo stato di salute attuale un'attività che tenesse pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua figurante nella tabella allegata alla perizia. In considerazione di questi limiti, ha quindi giudicato l'assicurato abile al lavoro in misura del 100% con rendimento massimo del 100% dal 4 giugno 2007, mentre i medici curanti hanno ridotto la capacità lavorativa al 50% nell'attività principale di macchinista di treni merci presso le RA 1. Confrontando il mansionario dettagliato fornito dal datore di lavoro il 12 febbraio 2008 e mettendolo a confronto con la capacità funzionale e di carico residua evidenziata nell'allegato formulario, l'esperto ha giudicato l'assicurato, nell'attività attuale di macchinista di treni merci, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 30%, a decorrere dal 4 giugno 2007. Nel sollevamento e trasporto di carichi di pesi leggeri (fino a 10 kg), la capacità funzionale fisica residua era normale, invece risultava ridotta per pesi medi (dagli 11 ai 25 kg), esigua per i pesi pesanti (dai 26 ai 45 kg) e nulla per pesi superiori. Il sollevamento di pesi inferiori ai 5 kg sopra il piano delle spalle era normale, mentre per pesi superiori risultava lievemente ridotta. Anche la manipolazione di oggetti ed attrezzi leggeri/di precisione era lievemente ridotta, mentre per oggetti medi era normale, così come la rotazione della mano, mentre la manipolazione di oggetti pesanti era ridotta e di oggetti molto pesanti era molto ridotta. La posizione di lavoro a braccia elevate era ridotta, con rotazione era invece lievemente ridotta; se la posizione era seduta e piegata in avanti o con ginocchia in flessione, la capacità funzionale residua era normale, mentre ridotta se la posizione era inginocchiata rispettivamente lievemente ridotta se era eretta e piegata in avanti. La capacità di mantenere la posizione seduta o eretta era lievemente ridotta, normale risultava lo spostamento fino ad oltre 50 metri, era invece lievemente

ridotta la capacità di spostarsi per lunghi tragitti, su terreno accidentato e salire rispettivamente scendere le scale. Da ultimo, spostarsi su ponteggi e su scale a pioli era possibile in maniera ridotta. Infine, l'uso di entrambe le mani era possibile normalmente, mentre stare in equilibrio e bilanciarsi era possibile solo in parte. Nelle osservazioni al progetto di decisione, l'assicurato ha presentato il parere del dr. _____ del _____ del 18 agosto 2008 (doc. 38/5), avente il seguente tenore: " (...) Dans votre lettre, vous m'indiquez que vous n'auriez pas la possibilité d'occuper ce mécanicien en dehors de son activité professionnelle, qu'il exerce à 50% à la satisfaction de tous les partis, et dans laquelle vous pourriez continuer de l'occuper à l'avenir. Dans ces conditions, comme on ne peut pas s'attendre à une amélioration de l'état de santé de M. RI 1 (notamment sur le plan ostéoarticulaire), qui lui permettrait d'occuper son poste de travail à plus de 50%, même si ce collaborateur peut se faire aider lors de certaines tâches plus physiques, conformément au chiffre 129, alinéas 1 et 2 de la _____, je vous confirme l'inaptitude médicale restreinte pour l'activité contractuelle exercée. J'ai pris connaissance que les rapports de travail seront adaptés conformément au chiffre 139 de la _____".

Nell'ambito del ricorso, l'assicurato ha prodotto un nuovo certificato del suo medico curante, allestito il 25 gennaio 2011 (doc. A4) dalla dottoressa _____, specialista FMH in medicina interna, in cui quest'ultima ha evidenziato che il datore di lavoro dell'interessato ha deciso di impiegarlo al 50%, affinché lo stesso possa continuare ad esercitare la sua professione nel tempo, poiché in caso contrario sussiste invece il pericolo di un abbandono per motivi di salute. La specialista ha inoltre precisato che l'attività di macchinista prevede anche l'aggancio e lo sgancio della macchina, ciò che implica un costante interessamento delle spalle. Oltre a ciò, egli deve portare regolarmente una borsa da lavoro pesante circa 12 kg ed in particolare quando si sposta lungo i binari per raggiungere il treno da condurre. Infine, il medico curante ha osservato che il perito non ha tenuto conto di quanto appena descritto, poiché lo scritto delle stesse RA 1 non precisava questi due obblighi.

7. 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 già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; 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). 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: " (...) 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). 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). 8.

Chiamato ora a pronunciarsi, questo Tribunale, dopo esame degli atti, ritiene che la valutazione del medico nominato dall'Ufficio AI che si è espresso nel gennaio 2010 riguardo alla situazione valetudinaria dell'insorgente meriti conferma. Nell'analisi specifica dei singoli rapporti medici, l'UAI ha affidato la valutazione dello stato di salute dell'assicurato al dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia e medicina interna. Questo perito ha visitato personalmente il ricorrente il 18 gennaio 2010 e ha potuto certificarci direttamente delle sue condizioni di salute. Esaminata poi tutta la documentazione medica messa a sua disposizione, ha allestito un referto medico completo, scevro da contraddizioni ed approfondito, soffermandosi sullo status clinico del paziente, sul risultato dell'esame obiettivo eseguito, sul quadro complessivo e, soprattutto, sulla sua capacità lavorativa sia nell'attività precedente sia in altre consone al suo stato di salute. Dal canto suo, con il ricorso l'assicurato ha riproposto il parere del _____ di _____ (doc. A5), servizio interno delle RA 1, allestito nell'estate 2008 e già prodotto con le osservazioni al progetto di decisione del 18 giugno 2008 di rifiuto della rendita. Egli ha poi presentato quale nuova documentazione medica il certificato del 25 gennaio 2011 (doc. A4) della dr.ssa _____. Il parere del 18 agosto 2008 del dr. _____ di _____, come visto riferisce che il datore di lavoro dell'assicurato gli ha comunicato che non ha la possibilità di occuparlo al di fuori della sua attività professionale, che esercita nella misura del 50% con grande soddisfazione di tutti. Pertanto, in queste condizioni, siccome non ci si può aspettare un miglioramento dello stato di salute dell'interessato (in particolare sul piano osteoarticolare), che gli permetterebbe di occupare il suo posto di lavoro per più del 50%, anche se questo collaboratore può farsi aiutare durante alcuni compiti più fisici, conformemente alla cifra 129 cpv. 1 e 2 del _____, il medico ha confermato l'incapacità lavorativa ridotta dal profilo medico per l'attività lavorativa esercitata. Questo certificato, di mezza pagina, non riporta la diagnosi, ma afferma semplicemente che visto che le condizioni di salute del ricorrente non possono migliorare e che attualmente lavora comunque al 50% come macchinista, la sua incapacità lavorativa rimane fissata al 50%. Al riguardo, dunque, il medico interpellato non ha fornito documentazione medica e clinica che comprovi questa sua affermazione e nemmeno si è determinato sul grado di capacità lavorativa residua dell'assicurato in altre attività adeguate alle sue condizioni di salute, limitandosi a sostenere la sua inabilità lavorativa del 50% come macchinista. Quanto al rapporto del 25 gennaio 2011 della dr. med. _____, medico curante del ricorrente da tanti anni, esso si è limitato a precisare alcuni punti relativi all'attività lavorativa esercitata dall'assicurato; in particolare ha specificato che quale macchinista egli è tenuto ad agganciare e sganciare la macchina ed a portare una borsa pesante 12 kg. Tutto ciò, a suo dire, non sarebbe stato tenuto in considerazione dal perito, il quale si è basato su uno scritto del datore di lavoro che, però, non specificava questi duri compiti lavorativi. Come il parere medico precedente, anche questo, seppure sia più recente anche della perizia reumatologica, non indica però i punti fondamentali che un rapporto medico dovrebbe contenere per potere fare fede nella valutazione delle condizioni di salute di un assicurato (cfr. la giurisprudenza in materia esposta al considerando precedente). Anch'esso è della lunghezza di una sola paginetta e precisa soltanto brevemente un paio di tematiche, ma non si è (più) espresso sulla diagnosi e sulla capacità lavorativa attuale e residua dell'assicurato. Altri certificati della dr.ssa _____ sono presenti agli atti, ma risalgono al massimo al 2008 e sono attinenti ai vari infortuni subiti dal ricorrente; essi non sono quindi di nessun aiuto, siccome

la situazione da valutare è quella al momento in cui è stata emanata la decisione impugnata (dicembre 2010). La specialista FMH in medicina interna si è inoltre lamentata che il perito non avrebbe tenuto conto delle impegnative attività fisiche a cui l'insorgente deve fare quotidianamente fronte nell'espletamento della sua professione. D'avviso del Tribunale, questa affermazione non può essere tutelata. Infatti, nel suo referto, al capitolo della valutazione complessiva dell'assicurato, il dottor _____ ha da ultimo affermato (doc. 24/8 AI) di avere proprio preso atto del mansionario dettagliato del 12 febbraio 2008 fornito dal datore di lavoro. In effetti, nel formulario firmato il 12 febbraio 2008 (doc. 5 AI) da _____ per le RA 1, al punto 3 egli ha indicato i lavori che fanno o facevano parte dell'attività dell'assicurato. Vi figura la guida di treni merci per una frequenza dalle 3 alle 5h15 (pari al 34-66% del tempo e quindi sovente) e l'aggancio e lo sgancio della locomotiva dal treno merci, attività che avviene raramente (1-5% del tempo, quindi fino a circa mezz'ora al giorno). La tabella indica poi a quali sforzi fisici e psichici è/era sottoposto l'assicurato, dove la posizione seduta era tenuta sovente, mentre il camminare ed il sollevare o portare pesi medi (dai 10 ai 25 kg) avviene/avveniva raramente. Da ultimo, alla domanda che chiedeva di indicare in quale campo l'assicurato non ha saputo soddisfare le esigenze aziendali, a parere del datore di lavoro v'erano importanti difficoltà nel salire/ scendere dalle locomotive di linea nonché nello sganciare/ agganciare la locomotiva al treno. Egli ha però specificato che si tratta di un'attività che viene/veniva svolta saltuariamente, che dipende(va) dal turno di servizio da svolgere, e che prevede(va) di entrare in posizione accovacciata tra la locomotiva e il carro e sollevare dall'altezza del bacino al busto un gancio di traino di circa 20 kg ed assicurarlo. Stanti questi compiti, il TCA rileva che solo l'uso della borsa di 12 kg non è stato specificatamente menzionato in questo mansionario del ricorrente, ma potrebbe comunque essere legittimamente incluso nell'attività di camminare e di portare pesi dai 10 ai 25 kg, attività giudicate della frequenza di circa 30 minuti al giorno. In queste circostanze, d'avviso del Tribunale, le recenti osservazioni del medico curante non sono tali da inficiare il rapporto del perito, avendo il dr. med. _____ valutato medicalmente l'assicurato anche per queste specifiche attività dell'insorgente. Il dottor _____, FMH medicina generale, medico del Servizio Medico Regionale dell'assicurazione invalidità, il 10 novembre 2010 (doc. 45 AI) si è pronunciato sullo stato di salute dell'assicurato alla luce della documentazione medica agli atti. A suo dire, le osservazioni delle RA 1 al progetto di decisione, così pure l'allegato parere del dr. _____, non hanno fornito nuovi elementi clinici atti a rivalutare la situazione dell'assicurato dal profilo medico. Pendente causa il dr. med. _____, FMH medicina generale, medico del SMR, si è pronunciato il 17 febbraio 2011 (doc. IVbis) sullo stato di salute del ricorrente. Dopo avere riassunto la fattispecie esponendo la diagnosi e la decisione dell'Ufficio AI, il medico SMR si è espresso sull'ultimo certificato della dr.ssa _____, che non presenta nuovi elementi clinici e che riferisce che le mansioni di macchinista prevedono anche l'aggancio/sgancio della locomotiva ed il trasporto della borsa di 12 kg. Al riguardo, il dottor _____ ha osservato che non vi sono nuovi elementi clinici, che il sollevamento ed il trasporto di pesi di 12 kg rientra nei limiti funzionali esposti nella perizia del dr. med. _____ e che l'aggancio e lo sgancio della locomotiva, peraltro essendo un'attività limitata nel tempo e che non comporta pesi superiori ai 25 kg, è pure compatibile con i limiti funzionali indicati nella predetta perizia. Alla luce di queste considerazioni, egli ha ritenuto ancora vincolante la valutazione dell'UAI che si è basata sulla perizia del reumatologo. Queste conclusioni non sono state validamente messe in discussione dal ricorrente. Come visto, egli ha infatti soltanto rinviato

al parere medico del 18 agosto 2008 ed al certificato del 25 gennaio 2011 del suo medico curante, di cui già si è detto. Quanto al profilo dello stress fisiologico (doc. A6), allegato al parere del 18 agosto 2008 del _____, esso indica le attività a cui sarebbe (genericamente) sottoposto l'insorgente. Per ciò che attiene specificatamente alle sue problematiche di salute, a mente del TCA possono tornare utile, semmai, alcune voci comprese nei primi due capitoli, ossia lo spostamento di carichi e la posizione del corpo. In particolare si annovera il sollevamento ed il trasporto di carichi fino a 30 kg, giudicato capitare quasi di frequente così come il sollevamento e il trasporto in posizione china, mentre il salire e scendere le scale è stata ritenuta attività che avviene di rado. Ora, queste tre attività sono state specificatamente indicate dal datore di lavoro dell'assicurato nel succitato formulario del 2008 (doc. 5 AI), ma con altri tipi di frequenza: il sollevamento di pesi medi (da 10 a 25 kg) capita raramente, così pure lo sganciare/agganciare la locomotiva, che comporta l'azione di accovacciarsi tra la locomotiva e il carro e sollevare il gancio di traino che pesa circa 20 kg. Anche la frequenza del salire e scendere dalle locomotive, seppure non sia stata espressamente misurata, può essere definita come rara, andando essa di pari passo con l'inizio e la fine del turno dell'assicurato e quando egli deve andare a sganciare/agganciare i vagoni. 9. In conclusione, né con le osservazioni al progetto di decisione né con il ricorso, l'insorgente ha saputo giustificare, a mano di dettagliata documentazione medica e/o descrizioni di esami clinici effettuati, che il suo stato di salute sarebbe peggiore rispetto a quello individuato nel 2010 dal perito nominato dall'amministrazione e che quindi egli sarebbe parzialmente inabile al lavoro (50%) sia nell'attività abituale di macchinista di treni merci, sia in altre attività fisiche adeguate alle sue condizioni di salute. Il ricorrente non ha dunque comprovato, mediante specifica documentazione medica, che la soluzione a cui è giunto il reumatologo interpellato dall'UAI non sarebbe credibile, ma sarebbe errata. Egli si è limitato a fare riferimento ai brevi certificati dei suoi medici curanti che però, come visto, non sono suffragati da elementi oggettivabili e nemmeno si sono compiutamente pronunciati sulla capacità residua dell'assicurato in altre attività adeguate, mentre si sono limitati ad indicare un'incapacità lavorativa del 50% come macchinista; quindi essi non sono di alcun aiuto. Per di più, del referto del 2008 il medico SMR aveva già debitamente tenuto conto prima di emettere nel dicembre 2010 la decisione impugnata e su quello del 2011 si è pronunciato di recente un altro medico SMR, non riscontrando nuovi elementi clinici. Il Tribunale osserva inoltre che la valutazione del medico reumatologo non è stata smentita da certificazione specialistica di senso contrario, ma solo contestata con allegazioni (non specialistiche) di parte. Il ricorrente cerca così di fondare la sua tesi sulla base di dichiarazioni non specialistiche (dal profilo della disciplina medica in esame). Infatti, la dr.ssa med. _____ non ha una specializzazione in reumatologia, ma (solo) in medicina interna. Di conseguenza, la valutazione del curante, oltre a essere stata resa da un medico non specialista per gli aspetti in discussione e a non potere così beneficiare di pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti), non è comunque in grado di scalfire l'opinione del perito, specialista in reumatologia. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 7), questo Tribunale non intravede ragioni che impediscano di condividere i risultati a cui è giunto il medico nominato dall'Ufficio AI, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, che ha sia incontrato personalmente l'assicurato sia ha preso visione di tutti i precedenti atti dei medici interpellati dall'insorgente, dall'assicuratore infortuni e dall'Ufficio AI. Le conclusioni di questo esperto, del gennaio 2010,

possono quindi essere definite chiare, complete, attendibili, logiche, convincenti, approfondite e prive di contraddizioni e come tali vanno così pienamente condivise. Non va peraltro dimenticato che il Tribunale federale ha confermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 3.3; STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3, STF 9C_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, STF I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008). Ancora, il medico curante, che vede il suo paziente soprattutto in fase di esacerbazione di una patologia, raggiunge facilmente una diversa impressione circa la gravità del danno alla salute rispetto a quella che può farsi un perito che non incentra il proprio esame principalmente sulle esigenze terapeutiche in un determinato momento (STF 9C_605/2008 del 2 giugno 2009, consid. 3.2.5; STF I 514/06 del 25 maggio 2007, consid. 2.2.1). Vanno così pienamente condivise le considerazioni del perito nominato dall'UAI, che nel gennaio 2010 ha ben valutato le capacità di lavoro presentate dal ricorrente e ha stabilito che dal 4 giugno 2007, nell'attività principale come macchinista di linea di treni merci, egli è abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, ma con una diminuzione del rendimento del 30%. In un lavoro adatto al suo stato di salute, che tenga quindi conto delle limitazioni fisiche descritte nell'apposita tabella sulla sua capacità funzionale e di carico residua, l'assicurato è abile al lavoro al 100% con rendimento massimo, dal 4 giugno 2007. 10. Conformemente ad un principio generale, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le

possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (Pratique VSI 2002 pag. 161 consid. 3b). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 U 168 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Pertanto, nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera, in applicazione del principio secondo cui l'assicurato deve fare tutto quanto da lui esigibile per ridurre lo scapito economico derivante dal danno alla salute, questi deve dunque sfruttare la sua residua capacità lavorativa in attività diverse da quella esercitata al momento del verificarsi del danno alla salute (STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009). 11. Alla luce di tutto quanto esposto, visto che l'assicurato presenta(va) dal 4 giugno 2007, secondo il perito interpellato dall'UAI, un tasso di capacità lavorativa ancora del 70% nella sua attività abituale di macchinista di treni merci, egli, per ridurre il danno, deve, come d'altronde già fa, continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente (ed attuale) professione. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_146/2009 del 29 aprile 2009, consid. 3; STF I 50/06 del 17 gennaio 2007, consid. 10; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006, consid. 8; STF I 846/05 del 24 maggio 2006, consid. 7; STCA del 9 marzo 2009, 32.2008.76; STCA dell'8 settembre 2008, 32.2007.271; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Di conseguenza, il reddito da invalido che potrebbe guadagnare mettendo a profitto la sua capacità di lavoro corrisponde al 70% del reddito realizzabile senza l'invalidità, ritenuto che l'esperto ha attestato una diminuzione

del rendimento - della capacità di lavoro - del 30%. La sua incapacità di guadagno deve dunque essere fissata al 30%, ciò che non gli dà quindi diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità, non raggiungendo il grado minimo di invalidità pensionabile del 40%. Ne discende, dunque, che non vi sono i presupposti per concedere al ricorrente né il diritto stesso ad una rendita d'invalidità a far data dal 1° dicembre 2007, né tanto meno il diritto ad una rendita almeno del 50% come dallo stesso preteso, non essendo per l'appunto adempiuti i criteri necessari in funzione dell'art. 28 cpv. 1 LAI. In queste circostanze, il Tribunale conferma quindi il rifiuto al diritto ad una rendita stabilito dall'amministrazione per mezzo della decisione impugnata datata 15 dicembre 2010. Il ricorso dell'assicurato è di conseguenza respinto. 12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e l'art. 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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, cifrate in Fr. 500.-, vanno caricate al ricorrente, soccombente.

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