

TI_GERICHTE 32.2014.126 vom 4. August 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-08-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.126

FR: TI_GERICHTE 32.2014.126 du 4 août 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.126 del 4 agosto 2014

Regeste

Assicurato al beneficio di mezza rendita inoltra una domanda di revisione a causa del peggioramento del suo stato di salute. Rinvio degli atti all'UAI per l'allestimento di una perizia pluridisciplinare

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. 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) e 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 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra 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 dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa U 156/05, 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 Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) 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 su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di

rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003, consid. 4.2, I 475/01).

2.2. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258).

2.3. Secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi delle decisioni del 15 luglio 2011 e del 28 luglio 2011 (doc. AI 75 e 79), tramite le quali l'amministrazione ha assegnato una rendita AI intera dal 1° marzo 2007, poi ridotta al 50% dal 1° luglio 2007. L'amministrazione si era fondata sulla perizia bidisciplinare (reumatologica e psichiatrica) del SAM del 25 settembre 2009 (doc. AI 45). I periti avevano posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di fibromialgia, sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni statico degenerative del rachide lombare: discreta scoliosi destro convessa e spondilartrosi L2-L3, L3-L4 e L4-L5 con presenza di osteofitosi soprattutto sul margine anteriore di L3 in sede laterale, tra L3-L4 a sinistra ed L2-L3 a destra, artrosi dell'articolazione scapoloomerale ed acromionclaveare bilaterale più marcata a sinistra, stato dopo ricostruzione artroscopia della cuffia dei rotatori alla spalla sinistra nel maggio 2006, gonalgie bilaterali su condropatia retro patellare a destra, stato dopo resezione meniscale mediale del ginocchio destro (novembre 2006), condropatia di grado 1-2 del piatto tibiale postero mediale del ginocchio sinistro, stato dopo resezione artroscopia del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio sinistro (giugno 2008), sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD-10 F 33.1) e sindrome ansiosa generalizzata (ICD-10 F 41.1) e la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di stato dopo resezione prostatica transuretrale per ipertrofia prostatica benigna stadio II (ottobre

2008) e stato dopo intervento chirurgico di decompressione del nervo mediano al tunnel carpale bilateralmente nel 1995 (doc. AI 45-20/21). I periti hanno stabilito che nella precedente attività di muratore l'interessato è abile al lavoro a tempo pieno con rendimento ridotto nella misura del 50% (doc. AI 45-26). In attività rispettose dei limiti descritti nella perizia l'interessato è abile al lavoro a tempo pieno con rendimento ridotto del 20% dal 1° aprile 2007 (doc. AI 45-27). Il medico SMR, dr. med. _____, il 29 ottobre 2009, dopo aver confermato l'incapacità lavorativa del 50% nella precedente attività, ha ritenuto che anche in attività leggere l'incapacità lavorativa è del 50% “ a causa delle problematiche evidenziatesi a livello psichiatrico (sebbene la sfera muscolo-scheletrica conferirebbe all'Assicurato una CL residua dell'80%) ” (doc. AI 46-3). In sede di revisione, avviata nel 2014, il ricorrente ha prodotto numerosa documentazione medica. Con referto dell'11 marzo 2014 il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna/malattie reumatiche, dopo aver rammentato la diagnosi, ha evidenziato che “ la prognosi è assai negativa, in considerazione dell'ormai subentrata cronicizzazione dei suoi dolori, nonché della forte componente somatoforme, così come dell'assenza di un'adeguata risposta alle terapie eseguita nel corso degli ultimi anni ”. Circa la capacità lavorativa lo specialista ha affermato che “ a causa dei cronici problemi al sistema locomotore, il paziente è da considerare totalmente inabile allo svolgimento di una professione fisicamente pesante come quella di muratore da lui precedentemente svolta. In linea teorica per lo svolgimento di una professione fisicamente medio-leggera, che non richieda particolari sforzi per la colonna vertebrale, né tanto meno il doversi continuamente inginocchiare o lavorare a lungo in posizione flessa, il paziente presenta una residua capacità lavorativa, per lo meno sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico, di circa il 60%. In considerazione comunque della coesistente patologia psichiatrica e considerando l'età nonché l'assenza di un'adeguata formazione scolastica e professionale, sarà ben difficile poter reinserire questo assicurato ormai quasi 60enne nel mondo del lavoro ” (doc. AI 92). Il 16 aprile 2014 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: “ (...) Siamo in presenza di un uomo di 60 anni di aspetto poco curato, massiccio, che appare immediatamente triste molto richiedente d'aiuto. Al di là del discorso essenzialmente centrato sulla sintomatologia dolorosa e l'impossibilità di eseguire tutta una serie di compiti relativamente leggeri fisicamente nella sua professione, egli non vede nessuno sbocco per il futuro. La timia è nettamente diminuita, la spinta vitale è diminuita, mancanza di piacere in qualsiasi campo e disinteresse per tutto, la memoria e l'attenzione sono pure compromesse. C'è senz'altro un aumento dell'agitazione psicomotoria e una certa tensione con uno stato d'ansia generalizzato e molta irrequietezza. Da qualche mese questa sintomatologia ha portato a un conflitto coniugale con disqualificazioni da parte della moglie (che ricalca quello vissuto col datore di lavoro). Si lamenta di soffrire di un'insonnia, di incubi notturni, di pensieri ricorrenti ed invasivi legati alla situazione professionale. Diagnosi: sindrome ansio-depressiva ricorrente di media gravità F 33.1 Conclusioni: Si tratta di un paziente, 60 enne, che presenta una sindrome ansio-depressiva di media gravità, che ha scosso il suo narcisismo e anche le sue speranze per il futuro. Preso dalle difficoltà presenti; la malattia, le difficoltà economiche, la perdita di speranza egli ha sviluppato la sindrome ansio-depressiva in corso, che ha manifestato lungo l'evoluzione dei leggeri miglioramenti alternati e dei periodi veramente difficili. Per questo motivo egli presenta un'incapacità lavorativa da gennaio 2014 dell'80% e per una durata indeterminata.” (doc. AI 94-6) Il 21 maggio 2014 il medico SMR, dr. med. _____, ha giudicato lo stato di salute dell'assicurato sostanzialmente invariato (doc. AI 97-1). L'11 giugno 2014 il dr. med.

_____, specialista FMH chirurgia ortopedica e traumatologia presso l'Ospedale _____ di _____, ha affermato: "(...) riferisco infine in merito ancora al paziente a margine a cui ho fatto eseguire una risonanza magnetica del ginocchio sinistro la quale mostra un'artrosi di due dei tre compartimenti cioè mediale e retro-rotuleo. Alla luce anche di questa risonanza siamo quindi confrontati con un paziente che da un punto di vista ortopedico presenta un'artrosi delle due ginocchia che possono chiaramente limitarlo nella sua attività di muratore e d'altra parte andare a fare un intervento di protesi totale a queste ginocchia nel caso specifico del sinistro, non credo possa far rientrare il paziente al lavoro come muratore. Preciso che al momento mi sembra ancora eccessivo porre un'indicazione di protesi totale di questo ginocchio. Per cui mi permetto d'inviare all'AI questa mia considerazione per rivalutare il suo grado di rendita alla luce anche delle altre problematiche che il paziente presenta" (doc. AI 101-1) Il 26 giugno 2014 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: "(...) La CL dell'Assicurato è stata descritta correttamente in misura del 50% dalla dr.ssa _____ nel suo rapporto medico del 26 febbraio 2014. L'attività lavorativa deve essere rispettosa dei limiti funzionali espressi nel RAF del 20 ottobre 2009. La sindrome depressiva sussiste dal 2006 e già presa in considerazione nelle nostre valutazioni mediche precedenti. Inerente a tal punto a nostro modo di vedere vi è una diversa interpretazione della misura della capacità lavorativa espressa dal dr. _____ nell'ultimo suo rapporto medico, quanto piuttosto a una evoluzione in senso peggiorativo della malattia dell'Assicurato." (doc. AI 104-1) Il 14 giugno 2014 la dr.ssa med. _____, specialista FMH medicina interna, ha affermato: "(...) a) pur sapendo che, in qualità di medico curante, sono comunque, in caso di dubbio, a favore del paziente stesso, ritengo che sia importante sottolineare che la situazione del sig. RI 1 sia peggiorata sia dal punto di vista dei dolori al ginocchio (seguiti dal Dr. _____ e dalla Dr.ssa _____) che dal punto di vista psicologico con tono dell'umore più depresso e ansioso (seguito dal Dr. _____). b) Ritengo quindi che sia importante una rivalutazione specialistica da parte di esperti dell'AI per aumentare il grado di inabilità almeno all'80%." (doc. AI 105-3) Il 7 luglio 2014 il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: "(...) Lo psichiatra curante presenta un diverso apprezzamento dello stato di salute psichico noto dell'assicurato o, meglio, della sua capacità lavorativa, senza oggettivare modificazioni significative di stato rispettivamente nuove patologie precedentemente non presenti. La diagnosi non è, infatti, modificata. In conclusione, non sono presentati elementi rilevanti che permettano una diversa presa di posizione dal lato medico-psichiatrico. Poiché in data 01 luglio u.s. giunge una nuova documentazione in cui la Dr.ssa _____ si riferisce a dolori al ginocchio, ritengo opportuna un'ulteriore presa di posizione da parte di medico SMR non psichiatra." (doc. AI 107-1) Il 22 luglio 2014 il medico SMR, dr. med. _____, ha rilevato: "(...) La dr.ssa _____ nel suo rapporto medico a noi rivolto nel febbraio 2014, descrive una CL del 50%, che riteniamo corretta. Non concordiamo con la stimata Collega quando ella afferma il 14 giugno u.s., che il grado di invalidità dovrebbe aumentare almeno all'80%, essendo la definizione di tale coefficiente non di competenza medica, bensì derivante da componenti anche economiche. In definitiva, dopo aver preso visione delle considerazioni del Collega Dr. _____, permangono valide le conclusioni mediche espresse il 21 maggio 2014." (doc. AI 108-1) Pendente causa il ricorrente ha prodotto un certificato del 4 novembre 2014 della dr.ssa med. _____, FMH medicina interna ed oncologia, la quale, dopo aver posto la diagnosi, elencando le numerose patologie di cui è affetto il ricorrente, ha affermato che l'interessato: "(...) vive costantemente con i dolori alla

schiena, alle cervicali, alla spalla e alle ginocchia che gli limitano i movimenti e gli impediscono di sollevare pesi; in alcuni momenti ha difficoltà a sollevare anche oggetti di 4 kg. Come anche specificato del Dr. med. _____, il quadro algico è complesso, riconducibile ad una sindrome fibromialgica (o ad una patologia somatoforme nell'ambito di uno sviluppo ansioso-depressivo) su difficoltà socio-economica). Dal rapporto del Dr. _____ si denota: - un peggioramento del ginocchio sinistro; dal 2010 lamenta dolori al compartimento mediale a livello della rima articolare e gli è stato proposto l'inserimento di una protesi parziale, dal 17 giugno 2014 sono inoltre insorti episodi di "blocco". Gli sono state praticate 3-4 infiltrazioni di steroidi che gli hanno portato beneficio solo per 1 giorno. I segni di Mc Murray sono bilateralmente negativi. La flessione del ginocchio è limitata e dolente. - un peggioramento della spalla destra con la presenza di un test di Jobe positivo e un lift-off negativo. L'elevazione sul piano orizzontale è possibile fino a 120° bilateralmente. A sinistra il segno di Lift-off è positivo." (doc. B2) Il 24 novembre 2014 il medico SMR, dr. med. _____, preso atto dell'intera documentazione, ha affermato: " (...) Diagnosi: fibromialgia Sindrome lombo vertebrale cronica Artrosi spalle bilaterale - stato dopo ricostruzione cuffia rotatori spalla sinistra 5.2006 gonalgie bilaterali sindrome depressiva ricorrente sindrome ansiosa generalizzata assicurato, muratore, valutato in ambito SAM 8.2009: - impedimento psichiatrico del 50% - impedimento reumatologico del 30% segue decisione di grado AI 50% Revisione 13.1.2014: Dr. _____ 3.2014: - a causa dei problemi al sistema locomotore il paziente è da considerare totalmente inabile quale muratore, CL residua in attività adatta del 60% dr.ssa _____: IL 50% dr. _____: - sindrome depressiva ricorrente, gravità media, F 33.1 - IL del 80% dal 1.1.2014 4.8.2014: decisione di grado AI invariato Ricorso: - rapporto dettaglio dr.ssa _____ del 4.11.2014 Valutazione: - dalla documentazione medica raccolta in sede di revisione risulta un possibile peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, peggioramento che va valutato in ambito pluridisciplinare comprendente valutazione reumatologica e psichiatrica comprendente valutazione dei criteri di Förster in presenza di problematica somatoforme" (doc. VIII) 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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 TF 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 (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). 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. 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). 2.5. Questo Tribunale, alla luce della documentazione agli atti, per i motivi che seguono, non può confermare, senza la previa esecuzione di ulteriori accertamenti medici specialistici, la decisione impugnata che ha concluso per una sostanziale stabilità dello stato di salute del ricorrente. Come ha rilevato correttamente il medico SMR, dr. med.

_____ , nella sua annotazione del 24 novembre 2014 (doc. VIII/1), i referti specialistici prodotti in sede di revisione fanno stato di un “ possibile” peggioramento dello stato di salute dell’insorgente. La curante, dr.ssa med. _____ , rileva un aumento dei dolori al ginocchio e un tono dell’umore ancor più depresso e ansioso (doc. AI 105-3) ed ha attestato dapprima un’incapacità lavorativa di “ più del 50% ” (doc. AI 93-4), in seguito ha ritenuto necessaria una rivalutazione specialistica per aumentare il grado d’invalidità almeno all’80% (doc. AI 105-3). Circa l’aspetto psichico, il dr. med. _____ , FMH psichiatria e psicoterapia, che ha in cura il ricorrente da fine 2006 ed ha accertato un’incapacità lavorativa dell’80% dal mese di gennaio 2014, ha potuto constatare che la timia è “ nettamente diminuita, la spinta vitale è diminuita, mancanza di piacere in qualsiasi campo e disinteresse per tutto ”, con compromissione per la memoria e l’attenzione. Vi è inoltre un aumento dell’agitazione psicomotoria e una certa tensione con uno stato d’ansia generalizzato e molta irrequietezza (doc. AI 94-6). Da parte sua il dr. med. _____ , FMH specialista medicina interna, malattie reumatiche, ha attestato un’incapacità lavorativa totale nella precedente attività di muratore ed una capacità lavorativa del 60% in attività leggere (in luogo dell’incapacità del 20% stabilita con la perizia SAM del 25 settembre 2009; cfr. doc. AI 45-25), con prognosi negativa, in considerazione dell’ormai subentrata cronicizzazione dei dolori, nonché della forte componente somatoforme e dell’assenza di un’adeguata risposta alle terapie eseguite nel corso degli ultimi anni (doc. AI 92-1). Egli ha inoltre ritenuto, in considerazione della coesistente patologia psichiatrica e considerata l’età, che sarà difficile reinserire l’insorgente nel mondo del lavoro (doc. AI 92-3). Infine la dr.ssa med. _____ , nel referto del 4 novembre 2014 (cfr., circa la presa in considerazione di valutazioni successive alla decisione impugnata: DTF 121 V 366, consid. 1b; sentenza 32.2014.21 dell’11 febbraio 2015, consid. 2.7: l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa), ha anch’essa potuto rilevare un peggioramento del ginocchio sinistro con l’insorgenza di episodi di “blocco” dal 17 giugno 2014 ed un peggioramento della spalla destra (doc. VI/B2). Contrariamente a quanto ritiene il ricorrente, tuttavia, la documentazione medica agli atti non permette di stabilire con la necessaria tranquillità, se vi è effettivamente stato un peggioramento dello stato di salute e, in caso di risposta affermativa, in che misura ha un’influenza sulla capacità lavorativa del ricorrente. Va del resto rilevato che anche prima della perizia del SAM del 25 settembre 2009 i curanti avevano attestato incapacità lavorative superiori rispetto a quelle stabilite in sede peritale (cfr. ad esempio doc. AI 45-34). A questo proposito il TF ha più volte avuto l’occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un’idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Non va poi dimenticato che, in presenza, come in concreto, di più patologie, è necessario procedere con una valutazione globale. Ora, secondo l’Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che

soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). 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 I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che “una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo”. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). In una sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - concernente il caso di un assicurato affetto da patologie, invalidanti, sia reumatologiche che psichiatriche - il TCA ha, ancora una volta, avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, che scaturisca da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. In quell'occasione, a fronte dell'opinione del perito psichiatra giudiziario, secondo il quale “la patologia psichiatrica complica e peggiora quella dell'apparato locomotorio” e vista la mancanza, fatta valere anche dal SMR, di una discussione globale tra perito psichiatra giudiziario e perito reumatologo, il Presidente del TCA ha provveduto a fare svolgere la valutazione globale nel corso del dibattimento che ha avuto luogo il 16 maggio 2013. Alla luce delle risultanze della discussione del 16 maggio 2013 fra il perito reumatologo e il perito psichiatra giudiziario, alla presenza delle parti e dei medici del SMR, il TCA, con sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - dopo avere ricordato che, secondo la giurisprudenza federale la discussione fra gli esperti di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 8C_245/2012 del 9 aprile 2013) - ha concluso che l'assicurato è praticamente inabile al lavoro in misura totale per i suoi problemi di salute attestati dagli esperti in reumatologia e in psichiatria. Infine, con sentenza 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze. In concreto, alla luce di quanto sopra esposto ed in presenza di più patologie invalidanti, al fine di procedere con una valutazione globale, è necessario allestire una perizia pluridisciplinare, come del resto richiesto dal medico SMR, dr. med. _____ (doc. VIII/1). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito

medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). La perizia si impone a maggior ragione se si tiene conto che il medico SMR, dr. med. _____, ha rilevato la presenza anche di una problematica somatoforme (doc. VIII/1), conformemente a quanto accertato l'11 marzo 2014 dal dr. med. _____, (doc. AI 92-2: "forte componente somatoforme"). Con recente sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. La perizia pluridisciplinare dovrà tener conto anche della nuova giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, consid. 8). Il ricorrente non può essere seguito laddove ritiene che, vista la sua età (nato nel 1954), ha diritto ad una rendita intera, senza la necessità di ulteriori accertamenti. Infatti, come visto, occorre in ogni caso stabilire se vi è stato un peggioramento dello stato di salute e se ha avuto un'incidenza, e da quando, sulla capacità lavorativa del ricorrente. Solo al termine di un accurato accertamento medico (perizia pluridisciplinare), sarà poi eventualmente necessario stabilire in che misura l'età può avere, nel preciso caso di specie, un'influenza circa il diritto alla rendita e meglio circa l'integrazione nel mercato del lavoro equilibrato (cfr. DTF 138 V 457; cfr. anche sentenza 9C_456/2014 del 19 dicembre 2014: "3.1.1. Das - in unselbstständiger Tätigkeit - trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (im Einzelnen dazu Urteil 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1, in: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem

Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460; Urteile 9C_153/2011 vom 22. März 2012 E. 3.1; 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Somit hängt die Verwertbarkeit nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 S. 460). “). 2.6. Di norma, l’incarto può essere rinviato all’UAI (cfr. DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall’amministrazione che necessitano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall’amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011) . In concreto in virtù delle carenze sopra evidenziate e meglio della necessità di effettuare una perizia pluridisciplinare, s’impone un rinvio degli atti all’amministrazione. Ciò rende priva di oggetto la domanda in tal senso dell’insorgente, nonché la richiesta di eventualmente sentire la dr.ssa med. _____. 2.7. In queste condizioni la decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all’amministrazione affinché proceda conformemente ai considerandi, fermo restando il diritto, non contestato, per il ricorrente ad almeno mezza rendita. Va a questo proposito rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all’ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma della mezza rendita nel dispositivo della sentenza, su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; cfr. sentenza 32.2014.70 del 30 marzo 2015). 2.8. Secondo 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 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.

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